

**TRADUCIR, COMPRENDER Y ALTERAR: DEL SER AL HACER “CUERPOS
PARTURIENTOS” EN LA EXPERIENCIA DE GESTAR Y PARIR EN
INSTITUCIONES HOSPITALARIAS DE BOGOTÁ**

Tesis de grado presentada por:
LINA MARÍA TREJOS SILVA

Tutores
Diana Marcela Agudelo Ortíz
Claudia Cano Correa
Diego Mauricio Aponte Canencio
Luisa Monsalve Medina

UNIVERSIDAD EXTERNADO DE COLOMBIA
FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES Y HUMANAS
PROGRAMA DE ANTROPOLOGÍA
ÁREA DE SALUD, CONOCIMIENTO MÉDICO Y SOCIEDAD
LÍNEA DE CONSTRUCCIONES SOCIO-CULTURALES DE SALUD Y ENFERMEDAD

Bogotá, febrero 2018

Agradecimientos

Me gustaría agradecer a todas las mujeres que hacen parte de mi vida, que me han inspirado, que me han ayudado, que me han retado, con quienes he tenido la posibilidad de hablar, discutir y en cuya compañía he tenido la oportunidad de construirme como mujer. A mi madre María Nelsy, por ser una fuente de inspiración, un constante apoyo y un lugar al que puedo ir siempre que me siento sin fuerzas; a Paulis, mi hermana, que ha sabido escucharme, tener paciencia y alentarme cuando he querido renunciar; a mi padre, Eder, quién siempre ha sido un aliado en mis causas, que a través del ejemplo me ha enseñado a ser disciplinada y me ha alentado a luchar por lo que creo.

A las mujeres que me permitieron conocer su experiencia alrededor de un momento tan íntimo, su interés, disposición y entusiasmo, fueron elementos fundamentales para crear este trabajo.

A mis tutoras Marcela Agudelo y Claudia Cano, por leerme continuamente y tener una crítica o comentario oportuno; a la profesora Claudia Platarrueda, que siempre tuvo la disposición de escucharme y darme su opinión honesta. En este proceso no puedo dejar por fuera al profesor Santiago Martínez, quien a través de su materia me brindó una perspectiva diferente de la antropología y que está hoy reflejada en estas páginas. A todos los profesores y profesoras que me han dejado algo suyo, a lo largo del camino de mi formación como antropóloga.

Finalmente, pero no por eso menos importantes, a mis amigas: Natalia, Jenny y Sara, cada una en su forma particular de ver la vida, de enfrentarse a esta carrera y de ser mujeres, me han enseñado, me han desafiado y me han incitado a ser la mejor versión de mi misma.

Tabla de contenido

Agradecimientos	2
INTRODUCCIÓN	4
PRIMER CAPÍTULO	11
Gestar, Concebir, Engendrar, Parir, Alumbrar, Dar a luz: La experiencia de traer vida en Instituciones hospitalarias en Bogotá.	18
Lizeth:	18
Leyda:	29
Patricia:	36
Diana:	45
Sandra:	53
Perla:	57
SEGUNDO CAPÍTULO	63
Cazar brujas, extinguir parteras.....	65
Sin vuelta a atrás: autoridad usurpada y espacios desvirtuados.	72
Convergencias entre la formación de la obstetricia y las experiencias de vivirla en las salas de parto.....	84
Conclusión parcial, preludio del desenlace	94
Merodear cuerpos, interrogar verdades.....	99
“Cuerpos parturientos” del suceso al proceso	106
Convertida en etnógrafa: “cuerpos parturientos” en la práctica sobre el propio cuerpo	109
Entre clínicas y hospitales: controles, trabajo de parto y nacimiento	110
CONCLUSIONES	121
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	124

INTRODUCCIÓN

“Para cambiar el mundo es preciso

Cambiar la forma de nacer”

Michel Odent

Entre más lo pienso, más extrañas encuentro las razones que nos motivan a investigar un tema y no otro. De todos los asuntos sin resolver que existen en el mundo, decidimos aferrarnos a uno, y determinadamente nos concentramos en leerlo, pensarlo, hablarlo, manosearlo, transmitirlo; todo esto con el firme propósito de entenderlo, sino completamente, al menos parte de él; en mi caso, por ejemplo, no he podido rastrear el primer momento en mi vida en el que me encontraba buscando información sobre género, derechos de las mujeres, la forma en que nosotras vivimos en el mundo, además de la existencia de otros géneros y sexualidades, y todos los matices en los que se incluyen esos cuerpos que rompen el molde dualista que insistentemente trata sino de hacerlos desaparecer al menos moldearlos, etc. simplemente recuerdo siempre sentirme atraída por estas temáticas. Esto se ha convertido casi en un eje permanente de los trabajos que he tenido que hacer a lo largo de la carrera, al menos en los que se me ha permitido elegir el tema. Así, el lienzo en el que tejidos, fibras, sistemas, miembros, caminos e historias se conjugan para convertirse en un mutante que habita el mundo, eso que llamamos cuerpo, y que es objeto de tabú y fascinación, del que se habla mucho o no se nombra en lo absoluto; es más, no el, sino, los cuerpos, han sido para mí desde hace ya algún tiempo una ruta para entender, una intención que se ha ido transformando a medida que encuentro nuevas ideas, preocupaciones, teorías, que han servido como germen de innumerables libros, películas, canciones, poemas, pinturas y que hoy me inspiran a seguir pensando y repensando nuestra experiencia en este mundo.

En esta oportunidad mi intención de pensar los cuerpos recae en hablar, narrar, discutir e interrogar, el parto en nuestra sociedad, un interés que empezó a surgir hace ya varios semestres, pero que se ha ido transformando. La puerta que, sin saberlo, me permitió iniciar este recorrido fue la partería, en ella encontré nuevas posibilidades, no solamente para reflexionar

sobre los cuerpos, sino por el sistema en el que estos viven, cuerpos sobre los cuales se planea, se estudia, se aprende y enseña, cuerpos que además son atendidos de forma particular y que vale la pena controvertir. Éste se ha convertido en un viaje que me ha llevado a encontrarme con situaciones muy personales, que se transfiguran a su vez en un verdadero motor para continuar dudando e interrogando lo que alguna vez consideré verdades absolutas. La partería, entonces me permitió entender que hay muchas otras formas de llegar al mundo, de ser recibido y de relacionarse con la mujer que pare, empezando con ello a agrietar la concepción que hasta ahora tenía de la atención del parto en muchos aspectos, una grieta que me conectó con decenas y decenas de experiencias de mujeres que hablan de la forma en que parimos en este sistema y que me dirige hacia un problema que antes, claramente, no estaba en mi panorama: existe la violencia obstétrica, una violencia que se entromete en lo más íntimo, que abusa en el momento más vulnerable, y que se alimenta de lo que desconocemos.

En el concepto de violencia obstétrica se conjugan diferentes elementos que tienen cabida en las salas de parto de los hospitales a la hora de atender a las mujeres: lenguaje abusivo, maltrato físico, uso de medicamentos de forma inadecuada, amenazas, no tener en cuenta la autoridad y voz de las mujeres, no consultarlas, y así un sin número de elementos que dejan por fuera a quienes deberían ser el centro y propósito de la atención en el momento del parto, una violencia que además pareciera suceder en muchos lugares alrededor del mundo, al menos de los que existe documentación (Verdile, 2015) (Jan, 2012) (Viñals, 2016) (Terán; Castellanos; González & Ramos, 2013) (Olivares, 2016). Sería irrespetuoso y arriesgado, inscribir todas las instituciones, profesionales de la salud, e inclusive experiencias de parto en un conjunto homogéneo caracterizado por lo negativo, justamente es de las generalizaciones de lo que intento huir a toda costa en este trabajo, sin embargo, el encuentro con esta

conceptualización me brindó una perspectiva y un lenguaje para hablar de esas situaciones, que se presentan durante la atención de los partos, que parecen normales, pero que ¿tendrían por qué serlo?; más que eso, este encuentro me sirvió para descubrirme a través de la experiencia de la mujer más importante en mi vida: mi mamá, los recuerdos de sus partos (mío y de mi hermana), empezaron a aparecer con otra luz, y aunque antes ya habíamos hablado de esas experiencias, solo hasta este momento me concedieron la única certeza con la que empecé esta investigación: quería, más bien, necesitaba escuchar otras mujeres y sus experiencias de parto, necesitaba empaparme más de este tema, quizás así podría saber si Colombia hacía parte de esos países en donde ocurrían estos problemas, qué piensan las mujeres de esto, qué significa para ellas parir en nuestras instituciones hospitalarias.

Así, las historias más cercanas a mí fueron la primera motivación desde la que me propuse hacer este proyecto de grado, un punto de fuga desde el cual parten y al cual se dirigen mis preguntas e intenciones. La necesidad, sino de entender, al menos de conocer estas situaciones, me han llevado a buscar diferentes rutas de aproximación, diversos caminos para explorar; muchas lecturas, que en realidad son poco para la magnitud de realidad que antecede este problema, pero que han servido como inspiración para profundizar o incluso ver cosas que antes eran invisibles o que parecían no ser importantes. Así, como camino exploratorio marcado por este afán personal, empecé a relacionarme con diferentes historias de mujeres que habían parido en Colombia, y como una “bola de nieve” (también por el método con el que me acerqué a ellas) empezaron a crecer estas narrativas, logrando escuchar y si se quiere “recopilar” 25 relatos de estos embarazos y partos dentro de instituciones de salud en el país. En estas historias también me descubro como una mujer que ha vivido en este sistema de pensamiento sin sospecharlo, esto es, sin ser consciente de que lo que me sucede y cómo

respondo a esto, hace parte de una estructura gigantesca de la que en cierta medida no tengo control, pero que puedo empezar a develar en la rebeldía de la curiosidad permanente.

Enfrentarme a estos relatos me descubrió también como una mujer parcial, más bien, me permitió descubrir que mi experiencia como mujer ante el sistema, mi cuerpo y las relaciones sociales de las que soy parte, es incompleta, es decir ¿cómo puedo comprender una experiencia por la que no he pasado? ¿Cómo entender un dolor al que no se igualan ninguno de los dolores que he sentido en la vida? Y en ese sentido ¿Puedo hablar de algo que no entiendo completamente?, este es, sin duda un temor que me persigue desde que empecé a desarrollar este trabajo, pero que se ve rebosado por la necesidad de, al menos, proponer discusiones que sirvan como herramienta para continuar interrogando los cimientos de esa estructura de pensamiento que parece inamovible. En este sentido considero importante partir de la sentencia de mis propios temores, reconociendo en primer lugar que la experiencia de parir, o de llevar otro ser humano dentro de sí, difícilmente puede expresarse a cabalidad a través de palabras. Ahora entenderlo sin haberlo vivido es casi imposible, lo que me compromete a hacer un mayor esfuerzo al escuchar, pensar, analizar y exponer dichas experiencias; sin embargo, y aunque estoy totalmente convencida y comprometida con el respeto que merece este tema, esto no excluye mi experiencia como mujer dentro del sistema de pensamiento en el que he crecido, y en consecuencia no puedo dejar de aparecer en este texto, no solo como autora, sino también como cuerpo, un cuerpo que también ha sido atendido, pensado, hablado, enseñado y vivido, y es esa vivencia de la que no puedo escapar en estas páginas.

En este texto mi ambición es exponer los resultados de una investigación que me acompaña desde hace ya tres años, que en ese tiempo se ha transformado, pero también ha

logrado transformarme, no solamente como antropóloga e investigadora, sino también como mujer. Aquí le propongo que tengamos una conversación, en la que usted se permita escucharme, y por qué no, en la que también se haga preguntas conmigo. Le hago la invitación de que me acompañe en un recorrido que sin quererlo se volvió muy personal, la idea es que pueda entender los planteamientos que hago, pero también por qué los hago, cuáles son mis intereses, mis temores, mis afirmaciones más contundentes, y finalmente mis conclusiones.

En el primer capítulo se encontrará, entonces, con un acercamiento a una forma de investigar y escribir, que se auto-concede el permiso de ser emocional, y de intentar narrar y tener una relación más cercana con las mujeres que nos ofrecen sus experiencias de parto; allí me apropié de la metodología de historias de vida propuesta por Alfredo Molano, para pasar de las 25 entrevistas a la “elaboración” de 6 mujeres, donde se sacrifica un poco la singularidad de cada historia, por captar la generalidad de la historia alrededor de dichas experiencias, pero que al fin de cuentas permite que nos encontremos con mundos llenos de diversidad, matices y colores; superando la carga teórica, para resultar igualmente en un gran instrumento de análisis.

El segundo capítulo, lo tomo como una oportunidad para ir y venir, es decir, paso de las experiencias de parir, diversas, distintas y únicas, para buscar el cómo llegamos a la protocolización de la experiencia, las prácticas y lugares de la experiencia de parto, pero intentando siempre conversar con las ideas y reflexiones que nos dejaron el primer capítulo, así me atrevo a hacer un pequeño recuento del nacimiento de la obstetricia en Europa, hacia lo que comúnmente llamamos Edad Media, hasta exponer cómo se trasladan estos hechos, tanto temporal como espacialmente, a nuestro contexto colombiano; En este punto, también me atrevo a hablar del concepto de “cuerpos parturientos”, un concepto que surge de interrogar la

idea del cuerpo único, y se convierte en: cuerpos que dejan de ser singulares, para convertirse en algo más que piel y órganos compartidos por todas las mujeres, y que en consecuencia también son manos de quienes trabajan en ellos, instrumentos obstétricos, canal de nacimiento, pujo, dolor. Fronteras que se entrecruzan para hablar de la no-universalidad y de los fundamentos de la medicina desde las ciencias sociales, no necesariamente como crítica, sino como trasgresión disciplinar que me permite a mí, también, como antropóloga hablar del cuerpo como biología y no solamente desde lo social, en ese sentido me interesa pensar ¿cómo se construyen los cuerpos parturientos? ¿En qué lugar se hacen? y ¿cómo se actúa sobre ellos?

Esta es mi forma de mostrarle a quienes se interesen en leer este trabajo de grado, no solamente lo que se encontraran en él, sino también el contexto en el que nació, mis motivaciones, mis angustias, cómo intento resolverlas, y cómo se van convirtiendo lentamente el texto que ahora tiene en sus manos.

PRIMER CAPÍTULO

**“Conozca todas las teorías. Domine todas las técnicas,
pero al tocar un alma humana sea apenas otra alma humana.”**

Carl Gustav Jung

Que difícil empezar esta conversación, cuando ni yo misma sé dónde se origina y dónde termina este proceso, enmarañado y confuso, de recorrer los caminos de mi propia mente, para construir un texto en el que debo expresar, no solamente mis ideas, sino las fuentes desde las que me he inspirado, y cómo he logrado conectarlas entre sí; sin duda en este momento mi cabeza parece un laberinto en el que finalmente muchos caminos recorridos a lo largo de estos cinco años de carrera, por fin parecen converger en una suerte de desenlace, que no necesariamente llevan a una única salida, sino más bien se asemejan a una puerta que abre muchas otras posibilidades, pero que en definitiva nos permiten hoy encontrarnos en las páginas de este texto. Toda esta palabrería tiene la finalidad de darle la bienvenida y de asegurarme que se percate de lo indispensable que es su presencia en este texto; como ya lo mencioné más arriba, vamos a recorrer juntos las diferentes etapas por las que pasé para llegar a escribir estas páginas, y trataré de explicar el razonamiento detrás de esos movimientos, pero me gustaría pedirle, por favor, sobre todo en esta primera parte que se sumerja, que se dé la oportunidad de sorprenderse, que interroguemos lo que conocemos y damos por sentado y que haga el intento de ponerse en la posición de las mujeres con las que se va a encontrar.

El modo en la que decidí llevar a cabo este capítulo, es una evidencia de mi proceso de formación como antropóloga en la Universidad Externado de Colombia, en el que, sobre todo hacia el final de la carrera, ha surgido el interrogante por esos otros sujetos que se integran a nuestro quehacer a través de las investigaciones que proponemos, es decir he desarrollado una preocupación por incorporar esas otras voces que normalmente quedan relegadas a ser casi una “prueba” de la veracidad de nuestras afirmaciones, por esta razón quisiera que en este capítulo el interés esté focalizado en la voz de estas mujeres, que sean ellas las que hablen de su propia experiencia, aunque aún a mi pesar -y que es algo que no he sabido cómo resolver y dudo que

en estas páginas llegue a la solución definitiva- estén atravesadas por mí, pues yo organicé la información, yo la dispuse de esta forma y es algo que todavía me causa mucha incertidumbre.

Este capítulo es, entonces, el resultado de un sin número de debates y discusiones alrededor del quehacer antropológico; que en un inicio implica dirigir nuestra mirada a los recorridos de esos primeros antropólogos por los caminos de la colonización, que determinaron por largo tiempo la relación con “el otro” y que trajo consigo consecuencias devastadoras para el mundo, por poner algunos ejemplos: la justificación de la esclavización o los millones de etnocidios. Después de varios siglos, con el inicio de la profesionalización de la disciplina, se suponía que la etnografía, nos libraría de prejuicios, pues llegó a presentarse como una invención que permitía ver la totalidad de una sociedad, representando una nueva forma de acercarse al otro, de lo que se desprendió el establecimiento de la autoridad científica, sustentada en la rigurosidad que brindaba el tiempo de observación intensa, y el entrenamiento para la utilización de técnicas analíticas de explicación científica (Clifford, 1995); aun sin escapar de las relaciones de colonización que brindan el poder y el saber, la relación con “el otro cultural” seguía marcando el curso de los textos, pues quienes poseían la palabra seguían siendo, sin lugar a duda, los antropólogos. Esa forma de construir la idea del otro, con el pasar de los años causó gran controversia dentro de la disciplina, desencadenando un sin número de críticas y reflexiones, que lograron desplazar el análisis epistemológico hacia los textos; lo que da como resultado otra forma de ser antropólogos, una nueva generación a la que se le valora otro tipo de conductas más allá de la objetividad, con la escritura de textos donde se intente recrear múltiples perspectivas de los hechos, dándole voz a quienes normalmente estaban excluidos, así la autoridad se dispersa (García, 1991). Aquí se entraría en una diferenciación de dos problemas éticos, planteados en la pregunta ¿investigación con los sujetos o para los

sujetos?. Esta crisis de la antropología se ve teorizada desde la reflexividad metodológica en la que se pretende alcanzar la capacidad de auto crítica, y que por otra parte lleve a una estrategia para escribir textos, en la que se intente concebir la etnografía como un proceso en el que se crea cultura, donde todos los participantes sean intérpretes, narradores, teóricos, analistas, que al final combine el saber académico con el saber activista (Street, 2003).

Creer que esta última crisis de la antropología –cuya consecuencia han sido textos multivocales en los que ya no somos los únicos autores, intentando contar con esas voces no tan escuchadas- ha resuelto el problema de la autoridad científica, todavía me parece problemático, esto no niega el hecho de que muchos antropólogos tengan debates más complejos del que estoy exponiendo, para mí un ejemplo de reflexión, que intenta resolver este problema es “la investigación- acción participativa” que sin duda crea una nueva relación entre el investigador y los sujetos históricos y políticos con quienes se compromete a trabajar.

Ahora, se estará usted preguntando ¿qué tiene que ver este pequeño recuento histórico de la antropología con la escritura de este capítulo?, pues bien, en esta primera parte de la tesis, pretendo plantear una suerte de respuesta a esta problemática que me parece tan importante de tratar. Siento que muchos de los textos creados con una perspectiva multivocal tienen un formato del que no soy fanática: se trata de poner esas otras voces, si se quiere como “evidencia”, es decir si hay más voces que construyen el texto, pero están divididas casi como una forma de argumento, en la que el autor hace afirmaciones, que son válidas en tanto tiene una cita que justifica su respuesta; no quiero decir que esta forma de escribir esté bien o mal, simplemente no es de todo mi agrado, siento que además, no encaja con la forma que me gustaría que se relacionara con estas mujeres, yo no quiero fragmentarlas, no quiero reducir sus palabras a párrafos puestos aparte según la estructura argumentativa, primero quiero que

se conozcan, para después proponer otros temas que también me gustaría tocar en el próximo capítulo de la tesis; tampoco quiero decir con esto que resolví el problema de la autoridad del saber, es más, ni si quiera creo lograr escapar de eso en estas páginas. Para cerrar este punto creo que vale la pena darnos una oportunidad de seguir reflexionando y debatiendo la forma en que escribimos y cómo nos relacionamos, tanto con los temas, como con las personas que nos motivan y nos permiten desarrollar estas investigaciones.

Cómo mencioné en la introducción, para la realización del trabajo de campo, me había propuesto escuchar los relatos de varias mujeres, sobre sus experiencias de parto: cómo recordaban ese momento, qué sintieron, cómo percibieron la atención, cuáles eran sus pensamientos en general alrededor de ese momento tan importante, entre otras preguntas, que aparecerán a lo largo de este texto; todo este proceso iba sucediendo sin un número fijo en la cabeza, sin la intención de alcanzar algún estándar cuantitativo, más bien fue un proceso relativamente espontáneo, que parecía moverse en sus propios tiempos; finalmente cuando ya había hecho 25 entrevistas, me encontré frente a un mundo de información bastante rico, lleno de situaciones, experiencias, y matices, que se iba expandiendo y que se iba acercando a su límite, por todas las condiciones que rodean la construcción de una tesis como resultado de investigación, y requisito para obtener un título universitario, pero sumado a esto también me encontraba con la necesidad de llevar al papel lo que estaba oyendo.

Llegué, entonces, a un momento crucial en la escritura de este texto, debía tomar decisiones; pensar en qué se debe priorizar y cómo es una de las cosas más difíciles que he tenido que hacer durante mi experiencia académica; la discusión conmigo misma por cómo integraría las muy diversas voces de estas mujeres junto con la mía, y además la de los autores con los que he conversado para proponer y desarrollar ideas, se estaba convirtiendo en una

pesadilla; siempre afirmé que lo más importante para mí eran ellas, sin darme cuenta que y quizás en mi afán por incluirlas a todas, las estaba relegando para el final del texto: la solución se había convertido en crear una suerte de epílogo, como anexo, con las 25 entrevistas; sin embargo es evidente que lo que a mí me apasiona de una forma tan radical, y con lo que me cuesta cansarme, a usted como lector le podría parecer innecesario, tedioso, e inclusive repetitivo, lo que no está mal, pero me gustaría evitar, así como también existe la posibilidad de que, usted como yo, sea entusiasta de estos temas, por lo que se hacía cada vez más ineludible la necesidad de encontrar un punto medio.

Enfrascada en mi propia angustia, y sin poder llegar a ningún acuerdo, ignoré tercamente y por largo tiempo -quizás más de lo que debía-, los temores, las críticas y los caminos ya recorridos por otros investigadores, autores, y profesores que han vivido en piel propia la intrincada experiencia de escribir y que de algún modo han sabido salir victoriosos. En consecuencia, y gracias a las conversaciones con profesoras del área de investigación, pude recurrir a otros autores y perspectivas; así es cómo me encontré con la propuesta metodológica de Alfredo Molano (Lulle, & Zamudio, 1998), en la que las historias de vida, se presentan como una estrategia preciosa para dejar de huir del conocimiento emotivo y subjetivo, pues su punto de partida se constituye en la relación que uno llega a establecer con las personas que entrevista, donde no se pueden dejar de lados los elementos emocionales, una metodología que permite comprender más de lo que las personas quieren decir, cuyo resultado termina siendo un mundo exuberante, lleno de vida y colores (Lulle, & Zamudio, 1998).

Este primer capítulo es el resultado de tener en cuenta muchos de los elementos con que Alfredo Molano llegó a resolver, lo que imagino era su propia “angustia” de conciliar lo que había aprendido en la academia, con estos nuevos problemas metodológicos: el desborde

de información, la imposibilidad de manejarla, la existencia de una relación emocional con las personas a quienes entrevistaba, la necesidad de crear un diálogo distinto con las normas y esquemas, que hasta ese momento se establecían, para llevar a cabo una investigación; Molano se dio cuenta que el resultado de las entrevistas no reflejaban diferentes versiones, sino que más bien eran matices de una misma versión (Lulle, & Zamudio, 1998), y lo abordó “poniendo un poco entre paréntesis la singularidad de las historias, para captar la generalidad de la historia” (Lulle, & Zamudio, 1998, p. 104), esto sin modificar el lenguaje en el que las personas cuentan su propia historia, pues para Molano el colorido y la riqueza que esto brinda, supera la carga teórica de cualquier escrito, convirtiéndose en un gran instrumento de análisis.

Considero que estos problemas no son ajenos a mi trabajo, por lo que me hacen querer valarme de esa metodología, para también volverla mía, de tal manera que me atrevo a dejar de lado ciertas singularidades de los 25 relatos iniciales, para construir unos relatos en los que se integren y cuenten desde diferentes perspectivas el mismo evento, para esto tomé los relatos que tenían ciertas similitudes, intentando abarcar la mayor cantidad de temas que iban apareciendo, además traté de tener en cuenta la diversidad de las personas y experiencias con las que me encontré.

En consecuencia, aquí se encontrará con 6 mujeres, todas de diferentes edades, profesiones, posibilidades socio-económicas, etc. pero con una cosa en común, probablemente muchas otras cosas también, pero esta característica común es lo que nos permite tener esta conversación: todas son madres, todas han pasado por la experiencia de parir en Bogotá, en diferentes instituciones hospitalarias, o quizás en la misma, pero con diferencias significativas en la forma en que vivieron su propia experiencia de traer vida; se encontrara con estas mujeres porque yo se las presentaré, le contaré diferentes elementos de su vida y ciertos rasgos de su

personalidad que pude percibir a través de la forma en la que hablaban, seguramente estas características no las definen y no las convierten en quiénes y cómo son, pero si le darán una idea, no solamente de lo que están contando, sino también cómo lo están contando, en este momento específico en el que nos encontramos.

Lamento ser tan insistente con esto, pero aquí es dónde le pido, o le sugiero, que intenté conectarse, hable con ellas, hágales preguntas, pero también hágase, usted, preguntas, póngase en sus zapatos. Parece obvio pero entienda que ellas son mujeres reales, que lo que han vivido es auténtico y que eso mismo sucede todos los días, de hecho está sucediendo mientras usted y yo tenemos esta conversación.

Gestar, Concebir, Engendrar, Parir, Alumbrar, Dar a luz: La experiencia de traer vida en Instituciones hospitalarias en Bogotá.

Lizeth:

Tiene 23 años, se ve algo cansada pero tranquila, apenas habían pasado dos meses desde que estuvo en el hospital teniendo su bebé, los recuerdos de aquella experiencia aún están frescos, por momentos una ventaja, en otros un pequeño inconveniente, habla con detalle, pero eso mismo es lo que a veces la detiene. Ella misma se describe como una mujer de carácter fuerte, cuando no le gusta algo lo va diciendo sin ningún problema, casi siempre impulsivamente, por eso se extraña con la forma en que reaccionó (y que usted leerá más adelante) durante su trabajo de parto, lo que en principio fue un profundo temor, se ha ido convirtiendo en una mezcla entre tristeza y frustración; hay momentos en los que tiene que pausarse porque siente cómo vienen las lágrimas a sus ojos, y no quiere llorar más por lo

mismo, no permite que las lágrimas fluyan, sino que las limpia cuando están a punto de salir, respira y continúa con su relato.

Junto a su mamá tienen un local de productos de belleza, además es profesora en una escuela de formación de esteticistas, lo que le brinda una estabilidad económica para estar afiliada como trabajadora independiente en la Entidad Promotora de Salud (EPS) que lleva por nombre Nueva EPS¹, donde tuvo todos los controles del embarazo, y de allí la refirieron al Hospital Infantil Universitario San José, lugar en el que se desarrolla la historia que nos narra a continuación.

“me mandaron un psiquiatra”

Tener a mi hija no fue una decisión tomada con anticipación, como muchos otros bebés, ella simplemente llegó de manera inesperada a mi vida y la de mi pareja, aunque él tiene 35 años y un hijo, yo pensaba esperar un poco más, lo ideal para mí serían los 30, con la estabilidad que uno supone va a tener en esa época, y no los 22 como me sucedió, sin embargo ahora que la tengo siento que la energía con que puedo atenderla es más importante; mi mamá también me tuvo en sus veinte y de hecho creo que eso es lo que fortalece nuestra relación.

Afortunadamente mi mamá y yo tenemos un almacén de productos de belleza, y yo soy esteticista, entonces al enterarme de la noticia de mi embarazo supe que económicamente la situación estaría bien, además porque también cuento con el apoyo del papá de la niña. La

¹ brinda los servicios que se encuentran en el Plan Obligatorio de Salud dentro del Régimen Contributivo (POSC) de manera integral. Los servicios cubren: promoción, educación y prevención; información, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación; suministro de medicamentos; citas médicas; hospitalización y atención de urgencias. (Portal Web Nueva EPS, sf)

posibilidad de estar afiliada a mi EPS es una bendición, uno sabe que eso hace la diferencia en la atención, de hecho no tengo ninguna queja de los controles mensuales, los médicos y enfermeras siempre fueron muy amables, yo creo que lo normal que uno pide al pagar por un servicio.

Mis controles no cambiaron mucho de mes a mes, se centraron bastante en la tensión, el peso, buscando que no haya nada fuera de lo normal. Aunque yo no me sentía diferente, en el último chequeo el doctor me dijo que se me estaba subiendo la tensión y debía estar más pendiente para no tener problemas de preeclampsia, en ese último control también me mandaron a escoger clínica, me dieron tres opciones, entonces yo llamé a mi papá y pensamos que era buena idea escoger la que más cerca nos quedara, así en caso de alguna emergencia podríamos llegar más rápido, finalmente escogí la Clínica San José Infantil que queda por la sesenta y ocho, más por facilidad que porque tuviéramos alguna referencia.

Como tenía la tensión alta y ya estaba cerca de la fecha de parto me mandaron de urgencias a esa clínica porque debía hacerme unos exámenes; yo entré al medio día y a la una de la mañana todavía no había salido, y no porque me estuvieran atendiendo y me tuvieran en observación o algo por el estilo, me tenían ahí esperando, de hecho tenía que esperar absolutamente para todo, primero tenía que hacer fila para registrarme, de ahí llamaban una por una al cuarto piso; para que me atendieran los médicos tuve que esperar al menos tres horas, es decir para el primer diagnóstico en urgencias tuve que esperar todo eso, después me mandaron a hacer unos exámenes, y me los entregaron a la una de la mañana que fue cuando me atendieron, al final me mandaron una cita para otro día porque todavía tenía tiempo, menos mal ahí salió todo bien.

Cuando volví me hicieron todos los exámenes de nuevo y ahí si fue más rápido, me subieron al cuarto piso relativamente rápido, el médico que me hizo la ecografía me dijo que el líquido amniótico estaba bajito, entonces tenían que decidir con otros médicos si me dejaban o no, al final el médico me programó para el día 23 de julio de este año (2016).

El día que me citaron llegué a las siete de la mañana, estaba un poco nerviosa, pero intentaba tranquilizarme, preciso cuando llegué me dijeron que aún no estaba lista, tres médicos que estaban ahí empezaron a discutir entre ellos, si debía o no quedarme en trabajo de parto, al final dijeron que como ya estaba ahí, me tocaba ya; me mandaron a la sala de observación entre las nueve y diez de la mañana, en ese lugar me pusieron una droga para acelerarme los dolores, todo estaba programado para ser un parto vaginal, y así empezó el proceso.

Como a las dos o tres de la tarde empecé a sentir dolores, todavía no eran muy exagerados, aún podía aguantar bien, en ese momento un médico anestesiólogo me dijo que me iba a poner un medicamento en la columna para adormecerme el dolor porque desde ahí se iba a volver insoportable, de esa manera yo iba a poder aguantar más, aunque yo pensaba que eso lo ponían cuando uno ya no podía más del dolor y como ellos me dijeron que todo el mundo se lo ponía en ese momento, yo acepté sin decir nada, me la pusieron sin ningún problema; después de eso se me empezaron a adormecer los pies, durante dos horas estuve adormecida y ahí fue cuando realmente me empezaron los dolores más fuertes, pero eran exageradamente fuertes, yo en ese momento no tenía control de mi misma, mucho menos del dolor, empecé a pedir ayuda y no creo haberles hablado feo en ningún momento, no les dije groserías, nada de eso, lo único que yo quería era que me entendieran y me ayudaran con ese dolor tan horrible que estaba sintiendo. Las enfermeras intentaron explicarme que tenía que aguantar y ponerme

de una forma u otra para no sentir tanto dolor, pero yo no podía entender bien, el dolor era tan fuerte que empecé a gritar y ellas desesperadas, pero yo ya no podía más; al moverme en esa angustia, sin querer me desconecté la sonda que me habían puesto para ingresar los medicamentos.

Yo no recuerdo muchas cosas porque supongo que perdía la consciencia del dolor que tenía, pero creo que eran como las diez de la noche cuando me pasaron a sala de partos a ver si ellos podían hacer algo allá, recuerdo que alrededor mío había como unas diez mujeres, entre enfermeras y doctoras, la verdad no tengo ni idea, yo miraba a todo el mundo pero no veía, todo es confuso cuando uno está en esa situación tan dolorosa. De hecho, yo traté de pararme porque yo sentía que así era menos doloroso, pero me decían que tenía que quedarme acostada, y me imagino que parecía que yo fuera una rebelde, pero lo único que trataba era de acomodarme mejor para no sentir tantísimo dolor.

Tres de las mujeres que creo que eran doctoras, me dijeron que me acomodara porque me iban a ayudar, entonces empezaron a apretarme la barriga por encima cerca del busto, me presionaban con mucha fuerza a ver si la podía expulsar, pero yo no sentía que iba a salir en ese momento, la verdad no sentía muchas cosas que me imagino uno debe sentir, solo quería que se terminara pronto, y en vez de pujar supongo que subía a la bebé y así era más complicado, esas señoras me decían que pujara, pero yo no entendía cómo debía hacerlo; todas las mujeres que estaban ahí empezaron a hablar casi al tiempo preguntándome si mi bebé era deseado o no, me decían que cómo iba a ser buena madre si ni si quiera hacía ese esfuerzo por ella, me decían que mi bebé no había nacido y ya tenía problemas de familia, llegaron a decirme que no me iban a dejar ver la bebé apenas naciera, que me la iban a quitar porque yo no la quería; me atacaban y yo estaba en la mitad sintiéndome miserable, y eso que yo tengo un

carácter muy fuerte, pero en ese momento no me importaba, no me iba a poner a pelear, de hecho no me iba a poner a nada, yo solo podía concentrarme en el dolor y la preocupación de no poder.

En ese punto les decía –por favor háganme una cesárea, porque ya no aguanto más- ellas me decían que yo era una mujer muy joven, que yo podía hacer eso, que muchas otras mujeres lo hacían, sin embargo al final, ya como último recurso les tocó; después de eso me mandaron a sala de cirugía, ahí llegó el médico anesthesiólogo, el mismo que a las tres de la tarde me había puesto anestesia, me habló duro y me pregunto qué era lo que me pasaba, yo lo mire y le dije que el dolor era demasiado fuerte, él me dijo que él me iba a ayudar a bajarme el dolor; dicho y hecho me sentaron, me pusieron la anestesia y empezaron a hacerme la cirugía, que en términos generales no tuvo mayor problema.

Desde que salí de cirugía todas me trataban terrible, de hecho empezaron a hablar, y puede que la anestesia me tuviera confundida, pero recuerdo que decían – la familia ya sabe todo y el esposo antes peleando con nosotros- y yo sentía que no sabía lo que pasaba, era notorio que ellos tenían una idea y yo otra; yo tuve la niña como a las diez y media, pasé a la sala de recuperación, entonces caí en cuenta como a media noche y pregunté por la bebé, ella lloraba mucho, y yo no sabía qué era lo que pasaba y era la única niña que había nacido en ese momento; una de las enfermeras por fin me respondió y me dijo que yo podía ver a mi niña pero ya después de que sintiera de la cintura para abajo, porque como yo estaba totalmente dormida no era seguro, ahí yo empecé a tratar de moverme, como para que se me despertara mucho más rápido de la anestesia, porque ahí ya estaba desesperada, es que ellas habían dicho que no me la iban a dejar ver y cumplieron todo. Muchas personas con las que he hablado me cuentan que a ellas les pusieron los bebés sobre el pecho, les decían –mira a tu bebé-, y no, a

mí lo único que me dijeron fue – mire el número de la etiqueta que le vamos a poner a su hija, mire que sea el mismo número de la que usted tiene- de resto no más, o sea yo ni si quiera la vi, pero dije -ya lo que dios quiera-.

Cuando pude recuperarme y ya sentía las piernas, una de las enfermeras que medio me trató bien llegó a hablarme y me dijo –mamita, ¿le puedo hacer una pregunta?- yo le dije que sí, y me dijo -¿tú quieres ver a tu bebé?- yo le respondí -¿qué? ¿Cómo así? Claro, estoy tratando de que me la muestren hace mucho rato porque yo no la he podido ver-, entonces me dijo –no, es que las doctoras dijeron que tú no la querías ver, que tú la habías rechazado, entonces por eso vengo a preguntarte-, si no es por ella quién sabe cómo hubiese sido eso, yo le respondí – no, yo quiero ver a mi hija, tráigamela-, ahí me la trajeron, la revisé toda, estuve con ella, traté de darle pecho y una de las viejas que estaba ahí, que fue la que me trajo la niña, no la que me había preguntado sino otra, me trataba súper mal, me gritaba –¡PERO HAGA ASÍ!- o sea ella trataba de explicarme cómo era la amamantada pero de la rabia que tenía, o la verdad es que no sé si es que yo le pegué, le hablé feo, pero yo no tenía ni idea porque me trataba así y yo estaba a punto de explotar, pero intentaba aguantarme porque yo ya había pasado por todo y me dije –lo único que necesito es salir de esta clínica para ya olvidarme de todo esto-.

Creo que eran las cinco de la mañana cuando la enfermera jefe llamó a la sala para hacer el traslado a las habitaciones y empezó a hablar mal de mí, aunque no estaba delante mío, yo podía escuchar todo lo que estaba diciendo, entonces decía que yo era una paciente descontrolada, que tuvieran mucho cuidado conmigo porque en cualquier momento me enloquecía, yo estaba increíblemente enojada, en serio sentía que iba a explotar, pero me volvía decir –no, me tengo que calmar porque si no, se pone peor la situación-, la verdad no sé porque

me calmé porque yo estaba demasiado furiosa; la enfermera o doctora, no sé, siguió hablando de muy mal de mí, lo que más advertía era que tuvieran mucho cuidado conmigo.

Después de eso me iban pasando de cuarto, entonces iba con la misma enfermera que me preguntó para pasarme la niña, cuando íbamos a proveer para decirle –ven , ¿te puedo hacer una pregunta? ¿Qué fue lo que pasó? Yo soy consciente de que grité, y no me comporté bien, pero no entiendo por qué dicen esas cosas de mí- y ella me respondió –no, lo que pasa es que ellas se pusieron a decirle a su familia, pues primero que usted había rechazado la niña, usted viera la cara que hizo su esposo, y la de su mamá, mejor dicho la de todos- entonces cuando ella me dijo eso, yo me preocupé mucho, no me podía imaginar lo que me iban a hacer, o sea no sabía que estaban pensando y cómo iban a responder, entonces ella me decía –eso salían cada rato a dar quejas tuyas, pero impresionantes, es que acá son así- entonces yo le dije –vea pero por qué, si en ningún momento yo rechacé mi niña- entonces ella me respondió –lo que pasa es que el hecho de no pujar, quiere decir que tú querías matar a tu bebé, por eso decían que tú no la querías ver, que tú la habías rechazado-, en ese momento todo se me vino encima yo sentía que lo que había hecho era muy grave, ella me pasó a habitación y me dijo que afuera estaba mi esposo, me imagine cómo debía estar, él tiene un genio pesado, yo pensé en lo que me iba a decir él también; la enfermera me volvió a hablar y me dijo que iba a ir un psiquiatra y me iban a mandar a servicio social, inclusive me dijo –muchas veces viene el bienestar familiar- ahí otra vez se me aceleró todo y dije –me van a quitar la niña- pero ahí si pensé –no, yo no me voy a dejar-, entonces ahí llegó mi esposo y yo tenía miedo de la reacción de él, pero no, él no estaba bravo, yo aproveché y le dije –todo lo que pasó, todo lo que le dijeron es mentira, yo no sé qué fue lo que le dijeron porque esta gente acá se puso muy brava porque

yo no pude pujar, pero así no son las cosas, yo en ningún momento rechacé la niña, ellos fueron los que no me dejaron verla-.

Mi esposo me dijo que a ellos les habían dicho una cosa totalmente diferente, obviamente que yo estaba descontrolada, pero además a ellos les salieron con el cuento de que la niña se había hecho popo por dentro, y que no iban a hacer nada por mi actitud, él estaba muy preocupado, y pensaba –entonces ¿qué va pasar?- y el preguntó si me iban a hacer una cesárea de una vez y le dijeron que no, que tenían que esperar, él le dijo –¿cómo así, se muere mi hija y qué?-, cómo estaba desesperado y él había trabajado en la Alcaldía Mayor de Bogotá, tenía el contacto de una doctora que trabajaba en la Secretaría de Salud, desde la secretaría llamaron de una vez, y dieron la queja de que no me querían atender; yo creo que desde la hora de la llamada, ellas se ensañaron conmigo, porque ahí fue cuando todo pasó. Lo que nosotros pensamos es que como las enfermeras de la tarde fueron las que estuvieron en todo el proceso conmigo, y las de la noche llegaron envenenadas porque ya las habían regañado, entonces no les importó dejarme, o más bien, hacerme de todo.

Yo pienso que el único error fue haber llamado a la Secretaría de Salud, porque desde ahí se empeoró todo, yo siento que si ellos no podían soportarme más, por qué no podían hacerme una cesárea de una vez, de hecho yo se los pedía. La verdad lo primero que yo pensaba independiente del dolor era en mi niña, yo decía –pues sí, yo le estoy haciendo daño- porque ellas me decían –¿va a matar a su hijo? mire que usted cada vez que no puja, no le está mandando oxígeno a él- entonces yo decía –pero y ¿entonces?, o sea yo trato pero no puedo ¿qué puedo hacer?-deberían tener otras maneras de comunicarse también porque lo único que había era regaños, ellas solo me decían –ay contrólese- y yo lo único que me atrevía a decirles era que el umbral del dolor de todos no es igual y el mío ya estaba fuera de mis límites, ellas

me respondían nuevamente que me tenía que calmar –¿es qué no ve todo el escándalo que está haciendo? Está incomodando a los demás- y yo lo sentía mucho pero lo que yo estaba sintiendo no lo sentía nadie más en ese lugar.

Efectivamente me mandaron un psiquiatra y una trabajadora social, la trabajadora social me preguntó dónde iba a estar la niña, quién la iba a cuidar, cuál era mi trabajo; ella se enfocó en todo, como ellos relataron muchas cosas ella también me preguntó sobre esas cosas, y yo también le conté mi versión de los hechos, yo creo que ella también se dio cuenta que había mucha ineptitud, tanto de parte de ellos como mía, porque no puedo evitar pensar que si yo hubiese hecho otro tipo de cosas, tal vez todo hubiese sido diferente. El psiquiatra simplemente llegó, me miró y me dijo –es que me mandaron a hacerle una valoración de psiquiatría a la señora Lizeth- yo le dije –soy yo- entonces me dijo –y ¿cómo se siente?- yo le dije bien- -y ¿qué fue lo que pasó?- yo le dije- no, lo que pasa es que tuve un parto traumático, tanto para ellos como para mí- me dijo –pero ¿se siente bien?- le dije –si- entonces, me dijo –a bueno, entonces chao-, con esa respuesta lo que yo pensé es que si realmente me hubieran visto una loquera, ya hubieran hecho otro tipo de cosa.

Al siguiente día del parto como a las siete de la mañana una de las señoras que me operó fue a revisarme la herida, me dijo que estaba bien, me quitó un apósito que me habían puesto ahí y me dejaron así, después me pusieron medicamentos únicamente. Ellos me mandaron a pedir una cita de control para dentro de ocho días, pero la verdad es que yo no la quise pedir, yo no quería verles la cara nunca más, entonces desde la EPS me llamaron y me dijeron que me iban a dar una cita de control, porque también tenía que ver lo de la planificación, serían las cosas de dios también, porque la doctora me miró la herida y me dijo –estás súper bien, está de quitar puntos- entonces yo pregunté –¿Puedo quitármelos cuándo?

Y me dijo -¿Cuándo tienes la cita?- y yo me hice la loca y le dije -esta semana- y dijo -ah yo sé que te los quitan de una vez, porque está sanito- entonces me los mandé quitar por otro lado, con una amiga enfermera que tengo. Recuerdo que hasta con lo de la planificación fueron groseras, porque cuando estaba en la sala de recuperación, la médica que me vio la herida por primera vez, ahí mismo me dijo -¿usted va a planificar?- pero en un tono muy grosero -¿con que va a planificar?, porque este incidente usted no lo va a volver a pasar ¿o no aprendió?-.

Yo siento que viví tantas cosas, que en ese momento tuve que callar solo porque quería irme rápido, no por más; lo peor es que yo tuve que quedarme un día más porque como tenía que esperar la visita del psiquiatra y justo él no iba ese día; mientras lo esperaba llegaron las dos doctoras que me operaron, llegaron otras dos chicas más y llegó una señora que la verdad no sé, se veían muy molestas, se hicieron alrededor mío y empezaron a preguntarme muchas cosas como: yo qué pensaba hacer, que yo qué hacía, casi las mismas preguntas que la trabajadora social, pero yo me sentí amenazada; ya con las enfermeras de piso fue otra cosa, ninguna quería regañarme, ni tratarme como las otras, con ellas me fue muy bien. Cuando nosotros estábamos allá, llamó la secretaría de salud, pero entonces yo le dije a mi esposo -no diga nada- porque tenía miedo que me hicieran quedar, entonces yo le dije a él -no, diga que ya todo está bien, que nunca pasó nada- entonces él dijo eso. Finalmente me dieron la orden de salida y fue la alegría más grande.

Ya, cuando estuve por fuera, me dio depresión post-parto, porque siempre a uno le da duro pensar por todo lo que pasó, y en medio de la tristeza, la rabia y quizás la impotencia le dije a mi esposo -me hubiera gustado quejarme más y haberles hecho algo-, porque realmente no era la forma de tratarme, independientemente de mis gritos, de mis quejas, si fui grosera o no, yo soy un ser humano. Ahora si entiendo porque da la depresión esa, o sea eso que las

mujeres dicen que no saben por qué les da, yo si sabía, yo me acordaba de todo lo que había vivido y decía –es que es inhumano-. No quería hacer nada, solo quería llorar y llorar entonces una tía mía a la que le conté y me decía –no, o sea usted tiene que tratar de calmarse y dejar todo en manos de dios, o sea para olvidarse de eso- sino que es muy difícil, todavía lo estoy intentando...

Leyda:

Sacó espacio para esta conversación una mañana en su oficina, allí se le ve alegre y bromista, siente que me recomendaron hablar con ella porque es muy conversadora, le preocupa no tener mucho que decir, pues sus partos sucedieron hace tanto que quizás no es mucho lo que pueda recordar de sus experiencias; ella tiene 51 años y su primer hijo lo tuvo hace 28, se imagina que las cosas desde ese entonces han cambiado mucho, pero igual estaba dispuesta a hacer el ejercicio de memoria.

Ahora es contadora, pero cuando tuvo a su primer hijo, recién se había graduado y estaba en la búsqueda de trabajo, estaba llena de expectativas no solo por ser mamá, sino por la vida misma, su esposo y ella tenían muchos planes y proyectos, para ese entonces estaba afiliada al seguro social (Instituto de Seguros Sociales, ISS)² y consideraba que era la mejor opción, sino la única con sus recursos económicos. Cuando se embarazó de su segunda bebé, el tema económico no parecía ser un problema, su esposo pudo proveer atención particular, que en cualquier caso es un lujo.

² Antes de la Ley 100 de 1993, “operó como un ente monopólico de carácter estatal, lo que marcó su cultura organizacional y su estilo de atención al usuario. Existía la obligación legal de afiliarse y cotizar al Instituto, independientemente de la utilización o no de sus servicios.” (Redacción el tiempo, 1998, párr, 3)

“uno paga todas las cosas que no sabe es con el primer bebé”

Yo tengo dos hijos, en este momento el mayor tiene 28 años y la pequeña tiene 25, mis embarazos en términos generales fueron normales, con el chico quizás fue más tranquilo porque estaba en una situación, se puede decir casi perfecta, yo iba a mis controles prenatales mensualmente, como se debe hacer, y todo afortunadamente siempre estuvo dentro de lo normal, yo tenía veintitrés años y tenía muchas expectativas porque era mi primer bebé, en vista de eso con mi esposo nos inscribimos en el curso psicoprofiláctico que ofrecía la EPS, en ese momento creo que era el seguro social, el curso se basó sobre todo en que las contracciones no son dolor -son presión, es una sensación normal, porque el cuerpo empieza a ensancharse, la cadera empieza a ensancharse, es una sensación normal del cuerpo, todo menos dolor-, eso es lo que me inculcaron todo el tiempo, por lo demás eran ejercicios de respiración, de autocontrol para el momento del parto, pero realmente nada puede prepararlo a uno para ese momento, uno llega ahí y se le olvida absolutamente todo.

Finalmente una noche me levanté muy inquieta y fui al baño y vi que había desprendido el tal tapón que sella el útero y que es el que evita cualquier infección o cualquier virus al bebé y que nos habían enseñado en el curso, entonces yo dije bueno ya estoy iniciando mi trabajo de parto, eso fue un domingo amanecer lunes, entonces ya ese día empezaron las contracciones y corra para la clínica, que se llama o llamaba San Rafael, porque hubo un momento en el que ya no las soportaba; para nosotros era ya trabajo de parto porque eran unos dolores tremendos, que ya no me los aguantaba, yo trataba de hacer lo que había aprendido en el curso, pero pues no sé, finalmente las cosas se me salieron de control y no hice bien lo que me enseñaron, me

imagino, entonces nos fuimos para la clínica ese lunes y me hicieron un examen y me dijeron –no, usted está cruda, devuélvase para la casa y siga en trabajo de parto- toda la noche, todo el lunes, toda la noche del lunes, el martes ya dije –no me aguento más- otra vez para la clínica, y otra vez me devolvieron, como a las 11 de la mañana, porque habíamos madrugado; yo sentía que esta vez no iba a soportarlo, como a las 5 de la tarde ya le dije –no, vámonos nuevamente para la clínica, no aguento más- y nos fuimos nuevamente, y pues me tocó pelear con médicos y todo para que me dejaran, mi esposo decía –pero cómo me la llevo si ya no aguanta más-. Cada vez que íbamos me hacían un tacto, en el último me dijeron que iba apenas en tres o cuatro centímetros y se supone que uno tiene que dilatar al menos hasta once centímetros para que el bebé ya empiece a asomar la coronilla.

Al final hicieron que me quedara interna y ahí ya era el trabajo de parto, pero vigilado por enfermeras, por médico y todo eso, me pusieron a caminar por una sala grandísima, y que respirara, le enseñan a uno a respirar, que haga esto y lo otro, como a las once y media de la noche, me dieron muchas ganas de ir al baño, y yo le dije a una señorita –tengo muchas ganas de ir al baño- y me dijo –no mamita, ya no puedes ir al baño porque tu dilatación va más o menos en siete, ya tienes que soportar, y lo que quieras hacer te lo haces en la camilla- cuando de repente yo sentí que algo se me salió, ella con toda tranquilidad me miró y me dijo – ah, ya deja de caminar y mejor te acuestas-, me fui a acostar con unos dolores que no soportaba más, al sentir que algo salió, yo pensé que era la tal fuente que se supone que uno tiene que reventar, que es cuando revienta la bolsita del líquido donde está el bebé, pero no, cuando me fueron a mirar era sangre, había reventado algo que llamaban membrana, entonces un médico dijo – mamita, inició trabajo de parto y parece que va a ser parto seco-, yo no tenía ni idea de que quería decir eso, pero tampoco pregunté.

Como a las doce y media, ya me pasaron para la camilla y ya tenían todo dispuesto, entonces a mí me empezó un pujo, pero el bebé nada que nacía, entonces el médico me dijo – va a tocar hacer cesárea - y ahí dije –no, yo no dejo que me hagan cesárea , yo lo tengo que tener normal- él dijo –entonces hazlo bajar con parto seco- y me acostaron ya en la camilla de parto, como yo estaba totalmente negada a la cesárea , el médico me dijo –bueno, entonces a trabajar duro mamita, porque el bebé viene muy grande- me introdujeron un tubo y me reventaron fuente para aligerar más el parto, y si, empecé a sentir las contracciones más y más seguidas, a uno le da como un pujo, entonces ya los médicos dijeron –ya, ya viene el bebé así que puje, puje, puje-. Finalmente nació a las dos y cuarenta y cinco de la mañana, él nació pesando cinco mil setecientos gramos y midiendo cincuenta y tres centímetros, era un bebé enorme, hermoso, muy sano gracias a dios, entonces esa era la demora para que él naciera, que era muy grandote; yo estaba totalmente consciente, no me dieron ningún medicamento para el dolor absolutamente nada, cuando él nació yo lo tuve sobre mi pecho unos segundos, y se lo llevaron ya arreglarlo, y entonces el médico me dijo – te voy a aplicar un medicamento porque tenemos que coger unos puntos- y yo en el momento le pregunté, le dije –¿por qué?- y me dijo –porque estas abierta hacia las piernas y hacia atrás, porque el bebé era muy grande-, ahí fue cuando me enteré que me habían tenido que cortar. Eso fue un miércoles, ya el viernes me dieron la salida de la clínica, y pues ya la llevada del bebé a la casa fue fabulosa.

El sábado pude atender a toda la visita que llegaban a conocer al bebé, pero en la noche ya me sentí muy mal, como el bebé venía tan grande, me tuvieron que hacer una incisión hacía atrás y hacia las piernas, entonces después de eso, la cirugía que hacen, o la costura que hacen es una cosa grandísima, entonces yo el sábado atendí a toda la visita que llegó a conocer al niño como si nada, y en la tarde definitivamente me sentía muy mal, sentí una presión muy

horrible en la parte pélvica, y yo le dije a mi esposo que me mirara, y mi esposo me dijo –se te están zafando los puntos- el sábado fue terrible, casi no puedo dormir del dolor, entonces el domingo tocó otra vez conmigo para la clínica de urgencias, al domingo en la mañana le dije –mírame otra vez- y me dijo – está totalmente zafa la costura, se zafó, se abrió totalmente-, entonces le dije -llévame a la clínica a urgencias, que yo creo que me vuelven a coser- me llevó a urgencia a la clínica nuevamente y la doctora que nos atendió dijo –no mamita, eso no se puede volver a coser, porque ya han pasado más de tantas horas, y el tejido ya es un tejido muerto, toca que sané la herida así, abierta y que vaya cerrando sola, tiene que tener un cuidado extremo, mucha, mucha asepsia, o sea todo, todo esterilizado, hacer unos baños tremendos, para que vaya sanando sola la herida, porque donde llegue a infectarse esa herida, es una de las causas de muerte post parto-; mi esposo se dedicó a cuidarme día y noche, a hacerme los baños que decían, aplicarme la droga que decían, y tocaba solo medicamentos que se pudieran aplicar porque yo no podía tomar absolutamente nada porque estaba amantado al bebé, así duré casi un mes, hasta que la herida empezó a cerrar sola, porque fue una herida abierta totalmente.

Finalmente pudimos salir adelante con el tema de esa cirugía, después de eso empecé con el tema de amantar, bastante normal, pero empecé a notar que mis senos estaban muy hinchados y me dolían mucho, sobre todo en el momento que él succionaba y como era tan fuertecito por lo que era tan grande, él succionaba duro, ahí se me desprendió el pezón del seno izquierdo, quedó únicamente cogidito de una parte; entonces corra otra vez al médico, fue algo muy doloroso, que no se lo deseo a nadie, aun así le seguía dando seno a mi bebé, entonces cuando yo lo retiraba de la lactancia, mi bebé era entre leche y sangre, y yo me miraba el seno horrible, pero tampoco sabía, hasta que después cuando el médico me dijo -usted cómo va a lactar al niño así- y el cogió con una pincita y levantaba el pezoncito, así me lo desprendió; ahí

si tocó con médico particular, porque le quitaban la lactancia al bebé mientras me curaban el seno, entonces me tocaba ya darle fórmula, en eso fueron como otros veinte días, otro mes, cuando yo ya estaba bien el bebé ya no quiso más teta, entonces tocó criarlo con leche artificial; después de todos esos inconvenientes, también me dio depresión post parto, claramente yo siento que tiene que ver con haberme visto tan enferma de la región pélvica, después de curarme de eso me dio lo del seno, eso me hizo sentir muy mal, yo me puse que ya no me aguantaba a nadie, yo lloraba absolutamente todos los días, renegaba, y nuevamente tuvimos que correr al médico, cuando el médico me dijo que eso era depresión post parto, y que me tenía que controlar o sino me tenían que medicar y que eso sería muy contraproducente para el bebé, entonces también sufrí, pasé por muchas con mi primer bebé. Ya como después de dos mesecitos se normalizó el asunto, como que ahí ya empezó la crianza normal del niño.

A los dos años larguitos de mi hijo quedé embarazada, el embarazo si fue más intranquilo, no tan bonito como el de mi primer bebé, pues porque ya habían más responsabilidades, ya había un niño de por medio que tenía que cuidar y eso, tenía que estar pendiente de él y de mi embarazo también, ya había como problemitas en mi matrimonio, entonces ya el embarazo en sí no fue tan tranquilo, pero igual, haciéndome mis controles prenatales mensualmente bien, todo fue normal, bueno la niña ya no nació por Seguro Social, sino que el papá pagó todo el tiempo un médico particular, para que me atendiera desde los prenatales hasta el momento del parto, entonces ella nació en una clínica que existía allá en ese tiempo por el barrio Chico.

Para mis cuentas ella nacía el 27 de junio de ese año en adelante, para la doctora tenía que nacer el 21 o 22 de junio, entonces ella insistió en que mi esposo tenía que internarme para hacer un trabajo de parto que se llama: parto inducido, que es cuando le colocan a uno

medicamento para acelerar las contracciones y adelantar el parto, pero la verdad ese parto es tenaz, porque si es doloroso normalmente, es más doloroso que el bebé no esté listo todavía, que no esté en posición y que lo empiecen a sacar como a la brava, entonces para ese parto también mi esposo me internó un domingo como a las 7 de la mañana, y como desde las ocho me empezaron a aplicar pitocin³, me lo aplicaron en el suero, y todo el día nada; como a las cinco de la tarde empecé a sentir por fin las contracciones, muy dolorosas, porque es como si te estuvieran forzando al bebé.

Como hasta las once de la noche, ya no aguanté más, yo ya entre contracción y contracción me desmayaba, perdía el sentido y la doctora era la que me despertaba, o la siguiente contracción, entonces ya la doctora me dijo que si no iba a poder seguir trabajando, y que no iba a poder de tanto dolor, entonces me aplicaron una inyección en la columna que se llama la epidural, que te duerme de la cintura hacía abajo, para que yo pudiera seguir haciendo trabajo de parto, entonces yo en el momento de que la bebé naciera, pues no tenía como pujar, ni sabía, porque mi cuerpo estaba dormido de la cintura para abajo, entonces los médicos me decían la seña de cómo hacerlo y se entrelazaban los brazos y me bajaban la bebé porque yo no sabía cómo, entonces la niña finalmente nació a las doce y veinticuatro de la noche, con ella no sufrí igual, aunque también nació grandecita, nació pesando tres mil seiscientos gramos, medía cincuenta y un centímetros, y me abrieron hacia atrás que es lo normal, y ya como había vivido esa experiencia tan amarga con el niño, entonces ya me cuidé más, ya el tema del seno tampoco me molestó, también me cuidé, finalmente como que uno paga todas las cosas que no sabe es con el primer bebé.

³ Pitocin es la forma artificial de la oxitocina, una hormona que el cuerpo produce para ayudar a comenzar las contracciones. (Nacersano, 2012, Párr. 14)

Patricia:

Es una mujer santandereana, de 36 años, que vive en Bogotá desde hace casi 10, aquí conoció a su esposo, que es de Armenia, mientras estudiaba contaduría y él administración de empresas; se siente orgullosa del carácter de las mujeres de su tierra, y por ello su temperamento es una de las cosas que más la caracteriza, siempre que hay que resolver algún problema ella va a estar al frente porque no se la “deja montar” de nadie; Además es una mujer dicharachera y alegre y así mismo narra su experiencia, se ríe a carcajadas, su tono solo cambia cuando siente que no se pudo desenvolver frente a los médicos como lo hace en su vida cotidiana, pero siempre en un tono más bien burlesco.

Cuando quedó embarazada, con su esposo decidieron que lo mejor era que ella se retirara del trabajo, para dedicarse al niño (más adelante de los niños) y la casa por completo, así ha sido desde entonces; allí en la intimidad de su apartamento me recibió para contarme su experiencia.

“yo sabía que no debía gritar”

Para el parto de mi primer hijo yo era cotizante de Famisanar⁴, me atendían los controles en La Floresta, durante los primeros siete meses fueron normales, excepto por uno que aún hoy recuerdo con rabia: en el quinto mes tuve una amenaza de aborto y tuve que ir al hospital que queda en la Plaza España, recuerdo tener un dolor bajito, y aunque no era increíblemente doloroso fui a La Floresta para descartar que no fuera nada peligroso, me

⁴ Una EPS creada en 1995, a través de la alianza entre Cafam y Colsubsidio (famisanar, s.f), dos cajas de compensación colombianas (“entidades privadas, sin ánimo de lucro, de redistribución económica y naturaleza solidaria [...] gestión y entrega, en subsidios y servicios, de parte de los aportes de seguridad social que hacen los empleadores.” (Comfenalco, 2011, párr. 3).

atendieron y de ahí me llevaron en ambulancia a la tal clínica San José, porque La Floresta es solamente de citas externas y no atienden las urgencias, además se supone que esa clínica tenía los mejores médicos y los aparatos que no hay en otras clínicas, recuerdo que era treinta de octubre, nunca me voy a olvidar del ambiente de ese lugar, ese sitio es horrible, a pesar de que estaba mareada, recuerdo los pasillos oscuros de una casa vieja decorados para Halloween, apenas llegué me hicieron poner una pijama de esas que parece de locos.

Como iba de otra clínica y no sabía que me iba a hospitalizar, no estaba preparada, me hicieron poner unas bolsas en los pies de ese mismo material, me sentí increíblemente deprimida, aparte de todo esto me tocó con una doctora que le estaba explicando a un alumno, me hizo subir a la camilla, que era de muerte, en una oficina horrible, en la que ni si quiera el computador era bonito, todo se veía viejo, oscuro, con una luz blanca, y apenas me subí me dijo –mamá, ese chino se le va a salir-, todas las sensaciones que una mamá primeriza y asustada puede tener, se juntaron ahí, era inexperta, tenía cinco meses y la ilusión de tener a mi niño sin ninguna complicación; a pesar de que mi hermana y mis suegros estaban ahí, yo me sentí morir, esta mujer que me acaba de conocer con esa frialdad me dice –tiene el cuello muy dilatado ese chino se le va a salir-, lo único que hice en ese momento fue ponerme a llorar, la doctora se molestó con mi actitud, a mí no me pidieron autorización para que el alumno estuviera en mi consulta, sin embargo querían que él me hiciera un tacto, lo que pasó fue que me dolía mucho y con esa guachada que me acababa de decir ella, al fin no me hicieron nada.

La doctora me mandó a hacerme una ecografía y para hacerlo me tenían que mandar a otro piso, y de nuevo tenía que pasar por esos pasillos horribles, que parecían más un castillo de brujas, en serio el ambiente de ese hospital es horrible. Mi hermana les pidió a mis suegros que me trajera una pijama y unas babuchas, porque al verme con esas bolsas en los pies y la

noticia que la doctora me había dado, yo me iba a deprimir más, de hecho yo me miraba y decía –parezco un indigente-.

Después llegué donde el señor de las ecografías, el sentía que yo lloraba aunque yo hacía todo el esfuerzo para no hacerlo duro y me dijo –mamá pero ¿Qué pasa?¿Por qué estas llorando?- entonces yo le dije -pues, no sé- el alumno que estaba con la salvaje esa se vino a donde me estaban haciendo la ecografía y me dijo –mamá, te voy a dar una noticia- yo -¿qué?- -es un varón- yo siento que eso fue bonito, eso me subió el ánimo, porque mi suegro decía –pero yo a Patricia nunca la había sentido tan triste- y a esa doctora no la quería ver ni en pintura, yo decía –desgraciada machorra- ¿cómo siendo mujeres nos damos tan duro?, yo sé que ella se la pasa haciendo tactos y todo, pero debería sentir más amor por lo que hace, cada paciente tiene una vida nueva, uno pudo haber tenido diez hijos pero cada hijo para uno es importante, no es que le digan –el chino- sí, el chino, pero ese chino es mi primer hijo.

El día del parto transcurrió normal, pero ese día cumplía las 40 semanas y tenía un control, me tocó con una doctora, aunque no tenía ningún dolor ni nada, me dijo –de aquí salimos ya con el niño en brazos, yo no creo que te digan que te tienes devolver quince días más, nada de eso-, Mi esposo y yo entramos como a las cinco de la tarde, yo creo que me interné y hacia las siete de la noche me empezaron a hacer los tactos, me hicieron monitoreos, ahí la doctora me dijo –no, posiblemente tienes que volver después-, yo no estaba segura de qué hacer, entonces ahí me bajó un poco el moco y manché el panti, nuevamente la doctora pasó y esta vez me dijo –no, parece que sí- sin embargo ella no estaba muy segura, y preciso le pidió la opinión a un salvaje obstetra que estaba con ella, ese señor tenía una manos grandísimas, y en realidad uno primerizo no quiere que nadie lo toque, menos de esa forma tan brusca, uno prefiere que sean delicados; cuando ese hombre me cogió yo sentí que me había

violado prácticamente, porque me hizo muy, muy fuerte, entonces yo lo cogí y le quité la mano, también salvajemente como él, y le dije –¡animal!- inmediatamente me puse a llorar, yo estaba increíblemente sensible, y el respondió con mucho disgusto –me tiene que dejar- y me empezó a regañar, a lo que yo también respondí –animal, bruto, parido por una vaca-, al verme llorando la doctora le pidió que se fuera, ella se dio cuenta que me hizo pasar un muy mal momento por su indecisión.

Después me pasaron de cuarto, la doctora me dejó, y como yo no dilataba, ese miserable doctor me mandó a poner una inyección, yo sé que no era la epidural, pero no puedo recordar cómo se llamaba, el caso es que es para el dolor pero también acelera el parto, la enfermera me puso el suero, me canalizó y me puso ese medicamento a la máxima potencia, para que ya empezara el trabajo de parto, cuando ese doctor salió de la habitación yo vi que le dijo algo a la enfermera que estaba colocándome esas cosas, pude haber estado suponiendo erróneamente, pero después me di cuenta que no estaba equivocada al pensar que él le había dicho que me hiciera algo, de un momento a otro empecé a tener unos dolores terribles, apenas me pusieron la droga empecé a dilatar rapidísimo, el doctor ese entregó el turno, igual yo ya había decidido que yo con ese médico no quería nada, y ahí me mandaron un médico de apellido Grillo, era jovencito, se le notaba que recién se había graduado de obstetra, y aunque el médico salvaje ese no se veía mayor de cuarenta, se notaba la diferencia, el doctor Grillo era muy gente, muy carismático y querido, él llegó y me dijo –mamá te voy a revisar- me hizo un tacto, pero fue totalmente diferente, normal, pero ahí se quedó mirando el suero y dijo –mamá ¿quién te puso esto a chorro?- entonces yo pensé en la conversación del médico y la enfermera, y ella le hizo caso, entonces él de una vez me la quitó y mandó a que me pusieran algo para el dolor, pero

eso a mí no me hizo nada, es que yo ya tenía eso otro en la sangre ya que me iban a poder hacer.

Yo estaba en un cuarto con otra chica, porque los cuartos son de a dos, la otra chica era una niña, tenía más o menos quince añitos y yo le decía –mamita hay que ser fuertes, esto de pronto nos va a doler un poquito- la chinita estaba con contracciones y no sentía nada, en cambio yo que le había dicho que tenía que estar calmada y tranquila, había acabado de empezar mi exorcismo. Yo empecé a sentir el dolor más intenso, sentía cómo se me habrían las caderas, tenía dolor en la espalda, yo no sabía dónde cogerme y solamente rezaba y decía –ay dios mío que esto me pase rápido, que yo no me aguanto más este dolor- y sentía otra vez ese dolor tan punzante, yo sabía que no debía gritar porque si uno empieza a gritar o a quejarse, o a llorar , pues más duro le dan; las enfermeras son así, a pesar de que somos mujeres y que a la otra le está doliendo, son capaces de decir –a ver mamá no se queje-, claro que las mujeres aguantamos muchísimo dolor, pero siento que deberían ser más generosas, más solidarias, por ejemplo cuando me tenía que cambiar de sala porque ya había dilatado lo suficiente, uno está que se retuerce, uno siente que ya no tiene fuerzas para nada y eso que afortunadamente yo no tuve que padecer tantísimas horas, porque después de todo el proceso mi hijo nació a la una y media de la mañana. En parte gracias a la droga que me dieron yo dilaté bien y todo, pero no rompí fuente yo misma, llegó el médico con un gancho parecido a esos en los que se colgaba la carne antes, ver eso asusta muchísimo, entonces dicen –bueno mamá, abra las piernas-, uno se imagina que eso le va a hacer daño, pero eso no duele nada, porque lo que hace el gancho es romper la fibra, es más traumático ver que le van a poner eso, lo más duro después de eso es cuando se salen los líquidos, es duro porque esos líquidos parecen amortiguar el dolor, y ayudan cuando hay tensión durante la contracción y sin ellos uno siente el dolor vivo, yo creo

que el feto también sufre en ese momento porque ellos sienten ese dolor y la tensión que hace el cuerpo para poder expulsarlo.

Mientras me pasaban de una sala a la otra, no había quien me diera la mano, sino que me decían –no mamá, usted solita- y yo esperando que me dieran la mano al menos, ni si quiera cuando me tenía que pasar a la silla para el trabajo de parto, solo me decían –acomódese mamá, ponga aquí los piecitos-, lo único bueno es que esa silla que tienen ahí en Cafam⁵ es súper linda, no me sentí como en esas imágenes que ve uno que esas sillas son de puro metal, no, la única parte metálica de esa silla era donde uno debía poner los pies, pero hasta el borde donde uno descansa la pierna es como en cuero o una fibra parecida, entonces eso no fue como –me siento como en el matadero-.

Cuando llegó el momento de parir, yo no era capaz de pujar, porque yo llenaba los cachetes de aire, entonces me decían –no mamá, así no- el momento crítico fue cuando escuché que dijeron que iban a usar los fórceps, y yo me dije –ni por el carajo-, yo había escuchado la historia de una amiga de mi hermana en la que la niña venía bien, normal, pero en el momento del parto usaron fórceps para sacarla y la niña quedó mal, inclusive con daño cerebral porque le maltrataron mucho la cabecita, entonces yo me imaginaba eso y me decía –no, así me rasgue, yo no voy a dejar que a mi hijo le hagan eso- y empecé a pujar sola y resultó que no había nadie por ahí, a pesar de que había un médico, un obstetra, como cinco enfermeras, ellos pensaron que como yo no había podido, ellos se podían ir, como ese lugar era un salón grande y ese mismo día había habido una cumbre en la que el presidente Correa miró mal a Uribe o

⁵ Las cajas de compensación trabajan de la mano con las empresas colombianas. Por ley, toda empresa debe aportar el 4% del valor de su nómina a las cajas de compensación, quienes reinvierten ese dinero en los trabajadores, sus familias y el bienestar de toda la comunidad. (Cafam, s.f)Que ofrece diferentes servicios como: salud, droguerías, seguros, recreación y deportes, hoteles y turismo, cultura, educación y formación, créditos, vivienda.

algo así, no recuerdo bien, el caso es que ellos estaban allá pendientes de la noticia, cuando uno se asomó, gritó –AY ELLA ESTÁ PUJANDO-.

Yo empecé solita, ahí se me acercó una enfermera y me dijo –bueno mamá, haga de cuenta que va a hacer del cuerpo, si no es capaz o sea no le voy a decir otra cosa-, yo siento que eso fue lo mejor que me pudo haber dicho, porque así fue que yo pude expulsar a Juanito, ahí nació el niño. Me lavaron, yo lo cogí, lo revisé que estuviera completo, y todo parecía estar bien, inclusive le pregunté al doctor y él me dijo que estaba todo bien, pero ellos insistían –cójalo, cójalo mamá- y yo estaba tan cansada, en ese parto yo sufrí mucho, tuve que hacer mucha fuerza, inclusive me desgarré el cuello del útero; Juanito era muy grande: midió cincuenta y tres centímetros y pesó tres mil novecientos, y pues yo soy pequeña; después de que me lavaron y ya me estaban secando, cuando el doctor me dijo –mamá, el niño te rompió el cuello del útero, te tengo que coser- ahí mi cuerpo ya estaba frío y no sé por qué no me podían aplicar anestesia, entonces lo único que yo hice fue meterme la mano en la boca y le dije –bueno doctor, hágale pues, eso sí me aseguran que mi niño está bien- y pues ahí me cogió y me cosió.

Más o menos ocho días después me dio una infección, creo que se llama endometritis, que dentro de cien solamente a una le da, y preciso me dio a mí, creo que me dio cuando el doctor me cosió en frío, yo me fui normal para la casa, pero empecé a sangrar mucho, de hecho mi mamá me decía –gorda, ¿todavía estás sangrando?- entonces ella y mi suegra empezaron a preguntarse si a ellas les había pasado eso, ya llevaba cuatro días y sangre y sangre, no paraba, todos decían que me veía demasiado pálida, pero yo me sentía fuerte, pero al verme así me obligaron a ir al médico, y cuando llegué allá me hospitalizaron, me empezaron a tratar con antibióticos; la enfermera me dijo - tiene que traer el niño mamá, porque si no, no la va a

reconocer para siempre-, y yo súper asustada pedía que me lo trajeran, y ya con el tratamiento y con el niño, me dieron más o menos cuatro días de incapacidad. Recuerdo que el médico Grillo aceptó que pudo ser falta de él al coserme, yo eso lo valoro, porque sé que no muchos médicos no aceptan que se equivocan, en cambio él me dijo y me pidió disculpas.

Una cosa bonita de ese proceso, y que hay que decir, es que el dolor a uno se le pasa en un segundo, uno está pasando por un dolor que parece que le hubiesen agudizado los dolores de oído, de muela, riñones, los huesos, todo ese dolor al momento que le entregan su hijo se olvida, ya no existe, es la felicidad absoluta, en un segundo no hay nada más.

Desde la EPS hay buen seguimiento tanto del embarazo, como del bebé después del parto, yo recuerdo que cuando tenía los controles me llamaban a recordarme, y cuando el bebé nació me llamaban para saber cómo iba todo, si necesitaba asesoría en algún aspecto, o inclusive para aplicarle las vacunas en la casa, me ofrecieron los cursos psicoprofilácticos, pero en ese momento yo estaba en la oficina y por cuestión de tiempo no me parecieron importantes, y eso pues estuvo mal porque en el momento del parto yo no sabía ni si quiera cómo pujar, pero eso sí, iba a todos los controles, y me ofrecieron también un servicio con una trabajadora social para saber cómo iba a ser la familia del bebé que iba a venir, nos preguntaban qué si era deseado, sino era deseado, qué número de hijos teníamos, cuántos tenía él, cuántos yo, cómo éramos los dos, cómo era la relación de los dos, entonces nosotros no fuimos sino a una cita, la doctora nos hizo el diagnóstico, nos dijo –ustedes no vuelvan, porque es que ustedes no tienen problemas-.

A mi segunda hija también la tuve en la clínica Cafam de la cincuenta y una, ahí no tomé los cursos porque ya más o menos sabía la dinámica de lo que iba a suceder, ya había aprendido de la experiencia pasada, lo único que decía era –ay dios mío por qué estoy aquí otra

vez- pero casi lo mismo, entonces yo decía –bueno, me ponen esa droga, empieza Cristo a padecer, ay dios mío- y como tampoco rompí fuente –mamá le vamos a romper fuente-, lo único diferente con la niña es que tuve placenta previa, entonces tuve más ecografías de lo normal, me atendieron casi siempre, tenía las citas en Floresta de la cincuenta y uno, pero con ella fue todo más llevadero, el momento del parto fue más tranquilo, los médicos que me tocaron con María José eran médicos jóvenes, pero más profesionales, yo en realidad le cogí como fastidio a los mayores y a las viejas, con la chiquita la enfermera que me internó era una guache, así otra machorra, que dice –mamá le voy a hacer un tacto. Y uno –uy, pero dios mío, pero por favor- hágale y hágale a uno, y uno con esa incomodidad, pues uno sabe que, que uno está expuesto a eso, pero es como la manera como tan salvaje, y hasta tienen el descaro de decirle a uno –ay mamá no se mueva-. De resto fue muy similar al primero, Majito nació a las seis y media de la mañana, y la enfermera ya iba a entregar el turno y me decía –ay mamá, apúrate porque quiero conocer a esa princesa- como si uno tuviese el poder de decidir el momento. Una de las cosas diferentes fue el trato con el bebé, no es que a Juanito lo hubiesen maltratado, sino que él nació muy, muy hinchadito por todo el trabajo de parto, entonces los dos quedamos rojos, hinchados y él era más bien morenito, como que no le veían mayor gracia a mi bebé, en cambio con María José fue diferente porque ella salió toda bella, como una princesa, entonces la cogían con mucha delicadeza, al menos eso fue lo que yo percibí.

Algo que me parece loco, es que uno no entiende que ellos hacen un trabajo como cualquier trabajo, entonces uno se sienta en una oficina, y después uno se para, se toma un café no sé qué más, entonces a uno le parece cruel, que uno se está retorciendo en una camilla y ellos allá hablando de las cosas que les pasan, riéndose, comiéndose algo y uno ahí retorciéndose del dolor, entonces siento que eso es lo que no cuadra con lo que uno está

viviendo, pero pues al final uno dirá, pues bueno es un trabajo, ya están cansados de ver mujeres allá que están debatiéndose.

A mí me parece que el trato con uno es bueno, por lo menos con Majito me dejaron en sala de recuperación como hasta el mediodía, y de ahí si me pasaron a cuarto y en el cuarto que yo estaba tampoco era malo, entonces dejaron pasar a mi esposo para que conociera al bebé y que me llevara juguitos, porque eso si yo tenía una sed berraquísima, me chupé cinco cajas de esos juguitos, porque tenía una sed terrible, me dieron salida como a las siete de la noche, porque eso es otra cosa, un parto normal, si todo está bien, hay que pararse y bañarse rápido, en cambio en una cesárea si tiene que quedarse con el control, y demás a eso yo le tenía miedo, yo no quería cesáreas, porque yo decía –no, yo quiero que mi hijo salga por el canal que es- claro que después, cuando ya estaba allá, ya no pensaba lo mismo.

Diana:

Tiene 30 años, es una mujer reservada pero me dice que le parece interesante hablar de esa experiencia, en realidad nunca le ha contado a nadie; trabaja en servicios generales en una entidad del Estado desde hace 5 años, no le parece el trabajo ideal, pero le da la oportunidad de aportar dinero en la casa.

Tiene tres hijos y considera que las experiencias son absolutamente diferentes, sobre todo porque con los dos primeros no estaba afiliada a una EPS, sino que le tocaba acudir a los servicios del SISBEN⁶, que aunque no le parece del todo malo, podría ser más eficiente, en

⁶ El Sistema de Selección de Beneficiarios Para Programas Sociales (SISBEN), mediante una encuesta identifica a la población en situación de pobreza y vulnerabilidad para focalizar la inversión social y garantizar que sea

cambio con su tercer bebé ya se encontraba trabajando y eso le permitió acceder a la atención con una EPS, lo que para ella representó una mejoría, como lo verá más adelante; ella me empieza a hablar con mucha tranquilidad y seriedad, en realidad sin mucha tristeza, más bien se puede notar un tono de inconformidad.

“Y otra vez no podía ver a mi niño”

En mi primer embarazo no tuve ningún problema de salud, los síntomas normales creo yo, las maluqueras, los vómitos. Para mí el mayor problema fue que no contaba con el apoyo de mi mamá, ni de nadie de mi familia, apenas ella se enteró de que estaba en embarazo me dijo que me tenía que ir de la casa, yo solamente tenía veinte años, y no contaba con un trabajo, entonces tuve que recurrir a mi suegro porque mi esposo estaba por allá en Leticia prestando el servicio militar y no podía ayudarme; yo además sentía que en el hospital no me ponían mucha atención, como que no estaban pendientes de mí, escasamente yo iba a los controles porque sabía que tenía que llevar un régimen, de hecho solo me hicieron dos ecografías, no sé si por cuestión de lo monetario, o cuál era la razón: una que fue iniciando el embarazo, para ver cómo venía el bebé y más o menos para saber cuántas semanas de gestación tenía, y la última que es casi para los últimos meses, con la que se sabe cuál es su ubicación, el sexo, y eso que ni el sexo porque a veces lo médicos como que les da piedra que uno les pregunte ¿qué es?, a mí al menos me respondieron -lo que sea con tal que nazca bien-, yo tenía la esperanza de saber para así mismo tenerle sus cositas.

asignada a quienes más lo necesitan, así permite identificar posibles beneficiarios de programas sociales en las áreas de salud, educación, bienestar social, entre otras (Gobierno de Colombia, s.f)

El parto fue durísimo, la verdad es que sufrí bastante, yo tuve que bajar al hospital aunque no tenía dolores ni nada, ni había reventado fuente, tuve que bajar así porque ya me había pasado la fecha que me había dicho la doctora, más o menos dos días y no sentía nada, entonces decidí ir así porque yo sabía que eso podía hacerle daño a la bebé; al revisarme y darse cuenta que a pesar de que ya estaba a tiempo no tenía ningún síntoma me aplicaron pitocin en el suero, como para que fuera empezando a actuar, al ver que no me hacía efecto me aplicaron directamente en la vena.

Las enfermeras están acostumbradas a estar en esa situación a diario, entonces no me prestaban mucho cuidado, como yo era primeriza, yo gritaba y lloraba, además necesitaba ir al baño, me dieron muchas ganas de orinar, y yo no podía hacer chichi en el pato, por más que yo duraba ahí sentada y lo intentaba no podía, y no me dejaban ir al baño, ni se ofrecían a acompañarme, les pedía el favor y sentía que les fastidiaba; yo estaba muy preocupada porque la niña no se fuera a pasar de tiempo, y recuerdo que ellas ahí delante de mí estaban contando chistes, hablando del capítulo de la novela, pero claro, me pongo a pensar y ellas hacen eso todo el tiempo, como que ya no tiene ningún misterio, entonces no les interesa; a pesar de ser consciente de eso yo quería que me pusieran más cuidado, como más importancia. Ya al segundo día de estar interna en el hospital como al medio día comencé a sentir los dolores fuertes.

Yo estaba en el hospital de Meysen, y al ser grande uno tiene la idea de que le va a ir mejor, pero no, apenas me empezaron los dolores y yo empecé a quejarme, las enfermeras fueron muy groseras y desconsideradas, cada nada me regañaban y me decían –que no, que se calle, que no sé qué- o –le toca que se espere, ¿no ve que usted no es la única?-. Como yo fui tan demorada para todo, me imagino que ellas también estaban desesperadas, pero yo era la

primera que quería que ya se terminara. Llegó un momento en que me dijeron que tenía que ser ya, porque si no la bebé iba a nacer mal, y al escuchar eso yo tuve muchísimo miedo, entonces ellas me dijeron que me iban a ayudar y me pareció una buena idea porque lo que yo tenía entendido es que con las manos hacían presión sobre la barriga para poder expulsar al bebé, pero lo que sucedió fue que la jefe se me acostó encima, era una señora gordísima y se me subió para hacer presión y claro al hacerlo la niña si salió, pero estaba moradita, moradita y yo quedé muy lastimada porque al acostarse encima de mí y hacer tanta fuerza me fracturaron las costillas, desde eso tengo dos costillas sumidas.

Después de eso la enfermera me mostró la niña, pero yo estaba tan cansada que no podía ni alzar los brazos, entonces ella lo que hizo fue cogerme el brazo de una forma muy brusca, gritándome –ay tóquela, mire, ¿no ve que es su bebé?, tóquela-, pero después de eso ya no la vi más, resulta que por lo mismo que nació tan grande, ella nació con deficiencia respiratoria, pero a mí no me informaron, ella quedó en la sala de neonatos, y había un horario específico de visitas, para alimentarla y eso, cuando yo preguntaba me decían que me avisaban más tarde, cuando pregunté bien y me pusieron atención ya se habían acabado las visitas, entonces me tocó esperar hasta el otro día, nadie puede imaginarse la incertidumbre que sentía al pensar que si se la habían llevado a incubadora era porque estaba mal.

Con toda esa locura del momento del parto, yo quedé desnuda ahí, y ninguna de ellas tuvo la delicadeza de taparme, para completar quedé en la camilla que queda frente a la puerta para salir de la sala de partos y me dejaron así, destapada, cualquiera que pasara por ahí podía verme, y pues como la niña fue muy grande, y el proceso tan complicado, yo quedé prácticamente sin alientos, no me alcanzaban las fuerzas ni para taparme, ni nada, ya cuando llegó la señora del aseo, ella fue la que recogió la placenta y la que me hizo el favor de taparme,

porque como dije cualquiera que pasaba por el frente de la sala de partos prácticamente me veía.

Cuando ya estaba en la sala de recuperación, por lo de la niña, al fondo escuché que alguien decía... alguien dijo mi nombre, diciendo que la bebé había nacido mal, no recuerdo muy bien qué, solo me acuerdo que alcancé a escuchar eso, y me puse a llorar, todavía pienso en ese momento y puedo sentir el miedo, porque no había podido ver bien a mi bebé y ella estaba en una incubadora, y yo ahí impotente; después llegó una monjita, se acercó y me preguntó qué me pasaba, yo le conté y ella me dijo –no, espere yo averiguo-, fue y llamó a un médico, y él me preguntó quién me había dicho eso, entonces yo le dije –no doctor, es que yo escuché, yo escuché- y me dijo –no, eso es por la anestesia-, ya sentía un poco de rabia, entonces le volví a decir -no, yo alcance a escuchar-, él después fue y preguntó y si, entre los auxiliares estaban comentando, pero no era mi bebé, sino el de la otra compañera que estaba al lado mío, que nació con el problema de labio leporino, incluso los regañaron porque no tienen que hacer ese tipo de comentarios delante de nosotras. El hospital en mi concepto fue bueno, o sea de las instalaciones no puedo quejarme, pero ya en cuestión de personal no, dejan mucho que desear, quizás porque hay mucho aprendiz, y a veces los aprendices no están con la compañía de un profesional, sino solos, y uno preocupado con dolores y todo, y ellos frescos y ahí explicando, no sé, lo cogen a uno como de experimento muchas veces, al menos así me sentí yo.

Alguna vez viendo esos programas que salen en televisión, en los que los papás pueden estar en el parto de los hijos, o la mamá o quien uno quiera, pensé –uy así quisiera yo que hubiera sido- pero en nuestro caso no lo admiten, uno prácticamente cruza la puerta sintiendo que tiene que despedirse de su familia y sin saber si las cosas van a salir bien o mal.

Ya en uno de los controles para mi segundo bebé, me hicieron varios exámenes, en los que me encontraron un problema en la cadera, yo le comenté las complicaciones que había tenido en mi primer parto, y la doctora me dijo que seguramente era por eso que yo tenía muchos problemas para dilatar, entonces para no tener que forzar al bebé o tener que sacarlo con fórceps, además de mi problema en las costillas, lo mejor era programar una cesárea .

Yo creo que la cesárea fue normal, como ya estaba programada con eso no tuve ningún problema, llegué y de una vez hice el papeleo y esas cosas de trámites, fueron rápido, como que así es más fácil, lo que yo no me esperaba es que después fuera a ser tan duro, o sea duro, duro, porque se me lleno de líquidos, incluso cuando estaba en la sala de recuperación de tantos líquidos me dieron ganas de orinar, y la auxiliar, lastimosamente hay enfermeras que no tienen como carisma, o la vocación, y yo tenía una necesidad de ir al baño terrible, y tenía un dolor constante como que me acomodaba para un lado, y para el otro, pero me seguía doliendo espantoso, entonces llamé a la chica, ahí mismo me levantó de una, y me reventó dos puntos, cuando eso pasó me empezó a doler más, y entre ella y la jefe de enfermeras me tuvieron que llevar otra vez, para volverme a coser, el problema es que eso se fue desbaratando y se abrieron todos los puntos al final, eso para mí fue mortal, no sé si fue debido a eso, si le ingresó frío o quien sabe qué, el caso es que se me acumularon más líquidos; el niño estuvo hospitalizado también mientras yo me recuperaba de la herida, y otra vez no podía ver a mi niño, con lo de la cesárea yo estaba muy delicada, no me podía mover y tenía que caminar obligatoriamente, porque no había silla de ruedas yo estaba en el cuarto piso y a mi bebé lo tenían en el segundo, obligatoriamente tenía que caminar para bajar las escaleras porque el ascensor estaba dañado, se me hicieron hematomas y todo, el niño quedó hospitalizado otros quince días y yo salí,

entonces tenía que ir desde la casa hasta el hospital, tres veces al día, o sea por la mañana, por la tarde y por la noche.

Además el trato a los recién nacidos me pareció pésimo, al menos en lo que tuve que vivir con mi bebé; yo llegaba por la noche con mi marido y el niño estaba todo vomitado, poposeado, les dejaban quemar la colita, ellos lloraban y ahí estaban como solitos, nadie estaba poniendo atención, al bebé de una compañera le dejaron quemar toda la colita, le salía sangre y todo, un bebé casi se ahoga; nosotros intentábamos llegar temprano ahí, y un bebé, si no es porque mi marido lo voltea, el niño se hubiera ahogado, porque se le vino el vómito y estaba boca arriba, se estaba era ahogando con el vómito, y la enfermera que los cuida estaba por allá hablando con las amigas, relajada, y pues nosotros si tuvimos inconvenientes con eso, por lo menos, mi marido peleó por eso con las doctoras, les dijo que eso no era un buen trato, que ellas estaban ahí para cuidarlos y estar pendientes de ellos, no para estar echando chisme; realmente muy mal trato para los bebés. Al menos en el tiempo que mi bebé estaba hospitalizado, no dejé de ir ni un día y él todos los días estaba quemadito, sucio, vomitado, y pues a uno le pedían la mudita de ropa y los pañales, para cambiarlo, y nada, uno llegaba y estaba con la misma ropa del día anterior, tenía uno que llegar a cambiarlo, entonces francamente me pareció pésimo, a mí me dolía más que me le hicieran eso, que lo que me tocó vivir con la herida de la cesárea .

Cuando era el tiempo de quitarme los puntos, no podían, me tuvieron que quitar la mitad y me sacaban todo el líquido, eso me mortificaban ahí cada rato. Duré casi ocho días en eso, yendo casi todos los días a que me sacaran líquidos, ya después para quitarme el resto de puntos también fue duro, porque se habían encarnado, y eso también fue otro dolor. A mi bebé también le fue mal con la amamantada, porque yo no tenía bien los pezones, entonces para

amantar eso era duro, frustrante, me sangraba, me sentía tan mal por eso también; eso que dicen que a uno le da, la depresión post parto, yo digo que eso si es verdad, porque uno se siente solo, y hay cosas que nadie entiende, sino que uno es el que sabe cómo le toca aguantarse eso, el desespero de que este llorando y uno no sabe ni que hacer, ni que darles, ni que nada, es una sensación horrible.

A mi última bebé también la tuve por cesárea , tenía que ser obligatoriamente por cesárea porque no había cumplido ni un año con la cesárea anterior. Pero con ella, la atención fue muy diferente a los dos primeros, porque a ella la tuve en el Hospital San José, en el infantil, a mí me fue súper bien, me operé de paso también. El único problema que tuve, fue que me tuvieron que reanimar, porque duré quince minutos que me había ido, o sea salió la niña y perdí el conocimiento y duré quince minutos inconsciente, no reaccionaba, y la doctora fue la que me dijo que ella llegó a pensar pues que la bebé quedaba y yo me iba, entonces me reanimaron y todo, ese fue el riesgo, el susto que tuvieron; yo no me acuerdo, ella fue la que me contó, pero allá fue súper diferente, porque lo dejaban a uno en un cuartico, que era solo para uno, tenía uno su camita, un sofá, tenía televisor, el baño propio y no lo compartía con otras personas, mientras que en el otro hospital era un cuarto como para quince mujeres, y todas nos veíamos la angustia, que si a una la sacaban con un chorro de sangre, que la otra se desmayó, en cambio en ese último hospital el trato fue súper diferente, hasta las enfermeras eran más amables, me decían –¿qué le ayudo?-, fue súper diferente, me gustó más, me sentí más cómoda, si digamos uno se iba a parar ellas la ayudaban, en cambio en el Meisen si le decían –tiene que bregar usted solita-. Además mi mami ya venía y me ayudaba; con el primero no quería pero ya con los dos últimos, mi esposo y ella me acompañaban hasta las ecografías y todo.

Sandra:

Nació en Manizales pero vive en Bogotá hace 8 años; es psicóloga, siente que esta carrera le ha dado la posibilidad de conectar con las personas, pero además le ha dado la oportunidad de ser una mujer independiente, una de las características que más le gusta de sí misma; para ella el matrimonio no significó nunca depender ni económica, ni emocionalmente de alguien, por lo que en su panorama no existe la posibilidad de dejar de trabajar.

Ella tiene 35 años y siente que para su cuerpo y salud mental lo mejor era esperar a ser mayor y con ello más madura para tomar la decisión definitiva de tener un bebé, nunca tuvo afán, así también es su vida en pareja y ahora su vida como familia es tranquila; es una mujer sonriente y así mismo narra su experiencia, de una forma descomplicada, en la que no hay tantos detalles, porque para ella su experiencia no fue muy compleja, pues no tuvo que pasar por un proceso de trabajo de parto, sino que todo fue programado y sin ningún contratiempo.

“Yo tuve, entonces, la oportunidad de comparar y sé que no es lo mismo”

Llevo cinco años de casada y aproximadamente llevaba tres años buscando bebé, yo pude quedar embarazada por procedimiento in vitro, a través de una entidad que se llama CECOLFES⁷, con el doctor Elkin Lucerna; mi problema era que tenía obstruidas las trompas, entonces no podía quedar embarazada sin ayuda, estuvimos tres años intentando con mi esposo

⁷ Centro Colombiano de Fertilidad y Esterilidad : “Bajo la dirección científica del Doctor Elkin Lucena, pionero en Colombia y Latinoamérica cuenta con más de 30 años de experiencia y liderazgo en el campo de la fertilidad”. (Cecolfes, s.f, párr.4). “33 años se cumplen hoy desde el nacimiento de Diana Carolina Méndez, la primera bebé Probeta de Latinoamérica, hecho que ubicó a Colombia en un lugar privilegiado en investigación y técnicas de reproducción asistida.” (Noticias Cecolfes, 2018, párr. 1)

hasta que por fin se nos dio; durante todo el procedimiento y esos años fui cliente particular en esa entidad.

En el año 2015, dieron resultado los procedimientos y quedé embarazada, al principio no tuve contacto con la EPS, pues los primeros controles los hice a través de CECOLFES: debían realizarme ecografías cada ocho días, pero ya cuando se normalizó un poco el proceso de gestación tenía que avisar a mi EPS, que es Compensar con el servicio de plan complementario⁸, que estaba en embarazo, porque igual tenía que recibir atención allá, por esta razón tuve atención tanto particular, como de la EPS.

Yo tuve, entonces, la oportunidad de comparar y sé que no es lo mismo, porque con el servicio particular lo atienden a uno con todas las de la ley, le mandan a uno de todo, la atención es muy buena, todos los meses tenía ecografías, controles, revisiones, exámenes de sangre, citas médicas... Compensar también es muy buena pero las ecografías eran, no tan frecuentes y pues por mi tipo de embarazo tenían que ser muy frecuentes, el riesgo permanente de mi experiencia era el desprendimiento del feto; a pesar de todo me fue bien con mi EPS, porque mi embarazo estaba clasificado como alto riesgo, pero específicamente alto riesgo “social” le decían ellos, no sé, me imagino que por ser in vitro, en consecuencia desde un comienzo me dijeron que el parto iba a ser por cesárea por el riesgo y el alto valor social del bebé; yo no tuve complicaciones de nada, ni si quiera malestares me dieron durante el embarazo, nada, y seguí todos los procedimientos e instrucciones que me iban dando.

⁸ “Una modalidad de contratación individual o colectiva que brinda ventajas de acceso a una red de atención diferencial, con mayor cobertura y beneficios, mejorando los servicios del Plan Obligatorio de Salud” (Redacción Portafolio, 2015, párr. 6)

Cuando ya se iba acercando la fecha del parto, en los controles en los que ya se programa la cesárea , me dieron tres opciones para elegir la clínica que me pareciera mejor, o que se me facilitara más: Country, Clínica de la mujer y Santa Fe, al final me decidí por la Santa Fe, porque es una excelente clínica, es lo que tengo entendido porque yo no soy de aquí de Bogotá, pero por lo que ya llevo tiempo me dicen que es muy buena, y además quedaba muy cerca a mi casa.

Finalmente mi parto fue programado en la clínica Fundación Santa Fe, y desde un comienzo me dijeron que iba a ser el 9 de noviembre de 2015, y hasta ese día fui porque me advirtieron que si me daban los dolores para esos días podía ir, y si no pues igual iba ese día según los planes, no había diferencia porque de cualquier modo iba a ser por cesárea ; a mí no me dio ningún dolor, faltaban unos días y yo nada de nada, lo tuve como a los 38.3 semanas creo, fui a la clínica ese día fresca, con mi maletica llegué allá, de una vez me hicieron varios procedimientos, como examinándome para que todo estuviera bien, recuerdo que había muchos médicos: estaba el pediatra, el ginecólogo, había una enfermera, la verdad un mundo de gente que había ahí, no sabría bien decir qué hacían todos, me anestesiaron y procedieron, a las once me entraron a cirugía, y a las doce y doce nació mi bebé.

El niño nació muy bien, pero tuvo un poquito de dificultad para respirar, entonces lo tuvieron que llevar a cuidados intensivos, le pusieron oxígeno, y líquidos; yo quedé muy adolorida, y no pude alimentarlo el primer día. La habitación en la que me debía recuperar fue muy buena, muy cómoda, de igual forma, la atención los médicos fue excelente, tanto en el parto como con el bebé, las enfermeras nos entendieron muy bien, fueron súper queridos, inclusive el médico era el que subía cada rato a mirarlo y me informaba que todo iba bien; ya el segundo día pude subir a ver a mi bebé, y ya empezaron a guiarme a ver si yo lo alimentaba

y todo, es me pareció un plus en la atención porque uno no sabe alimentar, sobre todo siendo primeriza, uno no sabe cómo es eso, porque eso duele bastante, y además uno adolorido por la cesárea

Ese mismo día en la tarde lo bajaron para cuidados medios, ahí ya estaba sin oxígeno ni nada, pero seguía en la incubadora igual, yo veía que todo el tiempo pasaban los pediatras, lo estudiantes médicos, a mirarlo, estaban súper pendientes, y tuvieron que alimentarlo con tetero las mayoría del tiempo, porque a mi esos días no me salía casi alimento, y como yo estaba adolorida las enfermeras me ayudaban a pararme, a que caminara, me ayudaban a bañarme, iban periódicamente a revisarme e a ver cómo iba, eso sí me decían -levántate, por aquello de los coágulos, tienes que caminar-. Salí a los dos días y mi bebé se quedó en el hospital, porque se le había subido la bilirrubina, entonces tenían que dejarlo en camarita un día más, al otro día fui y me lo entregaron, ya súper bien, lo despidieron como un rey.

Después de que salí me llamaron de la clínica, como al quinto día para saber cómo me sentía, si había tenido algún inconveniente, además querían saber cómo había sido la atención, y una enfermera duro como media hora dándome información sobre los puntos, que si me ponían rojos qué tenía que hacer, si se me subía la fiebre, si sentía dolor; luego me preguntaron si estaba pudiendo alimentar al bebé, cómo lo alimentaba, cada cuántas horas, que si tenía inquietudes o pasaba algo me comunicara inmediatamente con ella, eso me pareció increíble, porque yo siento que eso no lo hacen ningún lado, después yo seguí llevándolo a mi bebé allá, porque tuvo problemas en el anito, como que se le peló un poquito, y nuevamente la atención excelente, todo el tiempo me lo atendieron muy bien.

A los ocho días fui a que me retiraran los puntos y resultó que no me aparecían, entonces el médico me dijo –que raro, porque eso no se cae solo- y yo le dije –a mí se me cayeron, ya

está súper bien eso- -ah bueno-, y me fui normal, la verdad es que no he tenido complicaciones de ningún tipo, ni con ese ni con mi bebé.

Perla:

Es una abogada, tiene 37 años, y en su trabajo actual es coordinadora de un grupo de abogados. Lo primero que me advierte es que es una mujer muy recta, muy seria con sus cosas, y considera que la forma en la que manejó su proceso de parto quizás no fue del todo coherente con su estilo de vida, esto le preocupa bastante así que habla con sigilo, a pesar de que estamos solas, en ocasiones susurra.

Le parece triste haber tenido que recurrir a diferentes estrategias para obtener una atención que ella considerara digna, considera que nuestro sistema de salud es muy deficiente y ella teniendo las posibilidades, no iba a permitir que la atención que le ofrecía su EPS, que desde su perspectiva no era la mejor, porque en ninguna EPS lo es, afectara su vida o la de su bebé.

“Cuando nació el niño, fue que empezaron mis problemas”

Cuando yo estaba en embarazo no tenía medicina prepagada⁹, aunque eso hubiese querido porque uno sabe que en muchas clínicas y en muchos hospitales la atención de las EPS realmente es muy mala, las instalaciones, y la pregunta clásica que le hacen a uno -¿tiene EPS o prepagada?- uno responde -prepagada- se ve cómo cambia la sonrisa y la atención, pues

⁹ Servicio de salud: “mayor número de beneficios. La atención personalizada, la reducción considerable en el tiempo de atención y la posibilidad de contar con los mejores especialistas, hacen del servicio prepagado el más completo, pero también el más caro” (Colprensa citando a Arias, 2015, párr 4)

obviamente cambia, entonces me tocó por la EPS que tenía en ese momento que era Salud Total; yo vivo en el norte, casi llegando a Chía, y la EPS no me podía ofrecer en ese momento servicio en una clínica o un hospital en el norte que me prestara el servicio, si se me hubiera presentado alguna urgencia, me tenía que desplazar hasta el sur, muy al sur, cerca al 20 de julio, me quedaba demasiado lejos, ese fue el primer inconveniente.

Yo trabajaba en Bienestar Familiar, que quedaba cerquita al Hospital Infantil San José, entonces me incliné por escoger ese hospital. En el sexto mes de embarazo tuve un inconveniente porque sangré, los compañeros de la oficina me llevaron a esa clínica, y tenía mucho susto porque el bebé todavía estaba muy chiquito, entonces llegué allá a las diez de la mañana y eran las tres de la tarde y no me había tendido ningún médico y no me dejaban salir, no era la única mujer que tenía ese inconveniente, había un hall muy pequeño que era donde estaban todas las mamás que tenían urgencias médicas, era un espacio donde no había sillas, ni si quiera ventanas, no había nada, nos tenían ahí esperando sin decirnos nada, tres mujeres rompieron fuente mientras esperaban y no les ofrecían ni una silla, la enfermera no se acercaba a ver qué pasaba; una mujer rompió fuente en mis pies y empezamos a pedir ayuda porque no sabíamos qué hacer, la enfermera por fin se acercó y con mala cara nos dijo -no griten, ¿no ven que asustan a las otras señoras?- la verdad es que no sé cómo pretendía ella que reaccionáramos, nosotras no tenemos por qué estar acostumbradas a esas situaciones.

Ya eran las tres de la tarde, y aún no me habían atendido, entonces decidí llamar a mi médico y él me dijo –no, ya voy a llamar a un médico para que te atienda, y si no te atienden te sales-, en ese momento yo estaba intentando guardar calma, pero tenía mucho miedo, yo estaba sangrando, es mi primer bebé, pensé ¿cómo me voy a salir de la clínica?, más bien me puse a preguntar, intentado hacer la gestión, pero en ese mismo momento llegó un señor, que

la esposa tenía el mismo problema, y agarró a puños a la auxiliar de enfermería que estaba tomando los datos, porque no le atendía a la esposa, ellos habían llegado a las nueve de la mañana, o sea antes que yo, y yo en el desespero le dije –atiéndeme a mí, o sea es que yo acabo de sangrar- y la respuesta de ella fue – han sangrado otras antes que usted y esto va por orden de llegada-, para mí eso no podía ser real, sentía que estaba como en una pesadilla, y pensaba ¿este es el lugar en el que voy a tener mi bebé?

Eso me motivó a explorar la opción de un médico particular, yo empecé a buscar cómo pagarme el parto, porque trate de acceder a una póliza de seguros, y me costaba catorce millones de pesos, y no me garantizaba UCI si el niño tenía algún problema al nacimiento, y en la medicina prepagada no me recibieron porque ya estaba la preexistencia del embarazo; por fortuna conocí a un médico que era amigo de una amiga, y afortunadamente en ese momento él estaba dentro de las clínicas de Salud Total y él podía atenderme para así acceder a un parto digno, porque de lo contrario hubiera sido terrible, o sea en las condiciones que yo vi a esas señoras, es claro que no se garantiza la dignidad humana con las entidades prestadoras del servicio de salud acá en Colombia; si uno quiere tener un parto digno le toca pagar prepagada, una póliza, o particular.

La verdad es que no me imagino si yo no hubiera pagado el médico, cómo hubiese sido, al menos con eso él me garantizó estar en todo el seguimiento del proceso de parto, de hecho él me controló todo el tema obstétrico, para que no me saliera tan caro, el organizó de modo que pudiéramos utilizar los instrumentos que me brindaba la EPS, aunque la atención que él me daba era un servicio particular, eso representó una gran ventaja para mí. Para el final del embarazo, yo tuve la ventaja de tener este médico al que le pagaba, entonces yo lo llamaba y le decía –mira, el niño yo no lo siento que se mueva- y él de una vez me dijo que me fuera

para el consultorio de él que era en la clínica el Country, de hecho todo el proceso fue ahí, todos los controles y exámenes, entonces yo llegué normal a la cita, cuando me estaba haciendo la ecografía, el doctor me dijo –no, ¿sabes qué? Yo veo, pues que tienes como, como algo, pero déjame lo consulto-, terminada la cita me dijo –no tienes nada para preocuparse, pero lo mejor es que nos vayamos para el hospital porque estuve conversando y revisando lo tuyo y se te disminuyó el líquido amniótico, y resulta que cuando se disminuye el líquido amniótico no hay nada que hacer, hay es que operar, entonces tu ropa, ¿dónde están tus cosas? Te tengo que operar ya- .

Finalmente tuve que tener el bebé en el Hospital San José, porque era medianamente el más cercano, pero también porque él médico que contraté era el jefe en ese momento de esa unidad de neonatales. Esa noche me dieron habitación, porque las mujeres que no tenían esa posibilidad no les daban habitación sino que dormían en un hall, como con cuatro madres más. En los momentos en que no tuve el médico pendiente de mí, si tuve inconvenientes porque, cuando uno tiene el bebé inmediatamente se lo llevan a limpiarlo y mientras tanto a uno lo sacan hacia un hall, en ese momento yo sentí que me iba a morir, no podía respirar y le dije a la enfermera, y ella me volteó a mirar y dijo –aaahhh— yo sentí que no le importó. Menos mal pude pagar el médico, o si no hubiera sido terrible, porque yo pude ver la diferencia con las otras mujeres, por ejemplo una señora que llegó y que no había pagado al médico como yo y la pusieron ahí en el hall, y la señora lloraba y lloraba y la enfermera le decía – no llore mamá, no llore que eso no es nada, no se queje, y si más llora menos le pongo atención- entonces la señora lloraba, y me decía –ayúdeme, ayúdeme- y pues ¿cómo iba a poder ayudarla yo?, yo iba para la cesárea , entonces yo me fui y me acerque a mirarla y yo tenía pues nervios porque ella lloraba demasiado y cuando mire bien él niño estaba naciendo, o sea yo vi la cabeza, y yo

-¡SEÑORA EL NIÑO ESTÁ NACIENDO!- y empecé a llamar a los médicos, y llegaron a atenderla, ¿qué clase de servicio es ese?, no hay ninguna dignidad, ningún respeto por la vida.

Apenas tuve mi bebé me lo mostraron pero no me lo acercaron, como era cesárea no me lo podían acercar porque no sentía las piernas, además tenían que limpiarlo y meterlo a la incubadora, yo tuve el niño a las ocho y treinta y uno de la mañana, y me lo entregaron a las tres de la tarde, mucho tiempo, claro que a mi esposo lo pudo ver como a las 11 de la mañana y oficialmente nos lo entregaron a las tres. La enfermera me dijo que para que yo pudiera caminar bien y no tuviera problemas con la cesárea tenía que bañarme con agua fría, que así me iba a pasar el dolor más rápido y todo, y yo le hice caso sin pensar más porque se supone que ella es la que sabe, entonces yo me bajé de la cama y me bañé con agua fría, a partir de ese momento tengo un problema, o sea yo quedé con la secuela, que son dolores cabeza muy agudos, por ejemplo si voy a salir al baño en la madrugada me toca ponerme un gorro porque salir de la cama y que me dé, así sea, un poquito de viento, me coge un dolor de cabeza terrible; entonces cuando yo ya salí de ese proceso mi esposo inmediatamente me pagó la medicina prepagada, y cuando estuve en la primera cita con este servicio, la médico me dijo –nunca debieron haberla bañado con agua fría en la cabeza, porque con eso hasta se hubiera podido haber muerto- ella me dijo que eso era malísimo, e inclusive me comentó que en Barranquilla, de donde es ella, solo se bañan la cabeza hasta después de quince días de haber tenido el bebé, antes no y menos con agua fría, o sea acaba de tener un niño.

A mí me parece que esas cosas pasan porque no hay nadie que pueda estar pendiente de uno, si mi esposo o mi mamá me hubieran podido acompañar, me habrían defendido de las situaciones, o mi mamá me habría podido explicar cosas que una enfermera no le va a decir con el mismo cariño. Cuando nació el niño, fue que empezaron mis problemas, porque el

médico estuvo en el acompañamiento, en lo que me había garantizado, mientras el niño nacía, pero ya después el médico se tenía que ir, porque al fin y al cabo era un médico de EPS, y tenía que estar pendiente de otros pacientes, y como me dejó toda la noche ahí sola, ahí fue cuando yo quedé a la merced de las enfermeras, sin mi familia y sin nada. La enfermera, me obligó a pararme a las seis de la tarde, porque era obligatorio y que me tenía que bañar, porque si yo no iba a seguir con el dolor y la pereza, y que así yo podía ya sentarme para poder lactar al niño; recuperarse de una cesárea es muy doloroso, eso no es nada fácil.

El trato de las enfermeras y médicas es súper fuerte, para ellas una más, una menos es lo mismo, y lo que dicen – ay no tan floja- -ay como llora-, la experiencia nos dice que no hay dignidad humana en el trato de las madres gestantes, ni en el momento del parto, además los hospitales carecen de todo tipo de infraestructura, y pues también se ve el estrato ¿no?, pues porque uno viene acostumbrado a unas cosas y cuando llega allá, pues eso es muy duro, pero el derecho a la igualdad y el acceso a la salud debe ser igual, no debe tener esa discriminación, por lo menos mis primas que han tenido hijos con prepagada, puede hasta entrar el papá al parto, la señora de la notaría va el mismo día o al otro día para hacer los trámites del registro, y en EPS no, allá toca es todo diferente, e irse uno con el dolor de la cesárea , registrarlo hacer todos esos trámites, entonces en las clínicas privadas todo eso es diferente, son cositas que uno cree que son pequeñas, pero que si se van sumando son la mayor evidencia del desequilibrio tan bárbaro de nuestra sociedad.

Finalmente, en el control de los puntos y en el resto de procedimientos me fue excelente porque seguía siendo el médico particular, ya sólo tenía que ir al consultorio de él en la clínica el country, porque la verdad es que yo no pensaba volver a ese Hospital San José nunca más en mi vida, yo tuve el niño allá y yo nunca más volví.

SEGUNDO CAPÍTULO

“Más que humanizar el parto,

Hay que mamiferizarlo”

Michel Odent

Imagino, o más bien aspiro, que haberse relacionado con estas seis mujeres, que apenas tuve la oportunidad de introducir, le permitiera diferentes sentires y emociones alrededor de la experiencia de traer vida al mundo, y que además le haya despertado suficiente curiosidad para seguir conversando al respecto.

Cuando nos encontramos con modos de hacer que parecen haber existido por siempre, que además aparentan ser, no una, sino LA solución, es más fácil ver el panorama general y no la profundidad de la situación, es decir lo que le contaron estas seis mujeres no es del todo ajeno a lo que usted conoce sobre los partos en general, es un poco difícil de creer que ninguna mujer cercana, que haya parido, lo mencionara en alguna conversación en la que usted estuviera participando, ya fuera activa o pasivamente, aun si esto no ha ocurrido y no ha tenido la oportunidad de escucharlo de primera mano, todos tenemos la idea que para la atención del embarazo y posteriormente del parto, habitualmente, se debe asistir a instituciones, donde los profesionales de la salud se encargan de hacer todo lo necesario para que este importante suceso ocurra sin contratiempo alguno, es un proceso que admitimos casi sin ninguna duda; esta era, también, mi situación: a lo largo de la vida escuché muchas de las mujeres que me rodeaban hablar de ese tema, como mujer no podía evitar sentir temor, un día yo iba a tener que pasar por esas mismas circunstancias, no había mucho que discutir, todas coincidíamos en lo horrible que esto era, pero hasta ahí.

Ahora, atravesada por muchas otras circunstancias, debates, nuevas ideas, y la construcción de este trabajo de grado, me encuentro preguntándome por el origen de esta forma de parir y cómo ha llegado a arraigarse tan profundamente en nosotras que no nos permitimos dudar, considero que rastrear este tema en “la historia” del mundo en el que vivimos, nos

brindara no solamente contexto, sino también otros ángulos que nos permitirán discutir desde otras perspectivas este modo de proceder frente al nacimiento de una vida.

En efecto, para el desarrollo de este capítulo, propongo que hagamos un recorrido por los hechos que permitieron que la obstetricia se consolidara como especialidad dentro de la medicina, además cómo se traslada esta forma particular de entender y atender el cuerpo de la mujer a nuestro contexto, para finalmente acercarnos a una discusión alrededor de las consecuencias de todo este suceder, en el presente; el proceso de construcción de esta serie de sucesos no ha sido sencillo, si bien he podido consultar algunos autores que han explorado previamente este asunto, se me ha dificultado encontrar fuentes a las cuales acudir, al menos en Colombia es poca la investigación que se ha hecho al respecto, o a la que he tenido la oportunidad de acceder. De esta manera y sin más preámbulos, considero que es justo darle paso de una vez a este recuento, esperando con él también generar interrogantes, y el suficiente interés para que nos sigamos encontrando en las páginas posteriores.

Cazar brujas, extinguir parteras

A lo largo de la historia las mujeres han parido de muy diversas formas, en su mayoría parecen ser variantes de la posición de pie, como lo demuestran grabados, cerámicas, esculturas y pinturas, prácticamente de todas las culturas del mundo: en la edad media con sillas para el parto en posición vertical, en otros lugares de rodillas, en cunclillas, sentadas, semi-sentadas, con el uso de palos, hamacas, muebles, o cuerdas, etc. (Calderón et al., 2008) Todas estas formas parecen ser una variación de la posición vertical. En la actualidad, los partos atendidos en instituciones hospitalarias parecen distinguirse por la utilización de

“camillas” con reposaderos, para mantener las piernas abiertas, orientadas en posición horizontal, lo que introduce el uso de la posición dorsal o supina en el momento de parir; alrededor de esta transformación se han presentado diversos debates en los que se discute: si hay dificultad en el cuerpo de las mujeres al parir acostadas, si es necesaria la asistencia, si esta es una posición más cómoda para quien asiste a la mujer que para ella misma, la prolongación en la duración de los partos, la presencia de dolor y control del mismo por parte de las mujeres, menor cantidad de lesiones en el área pélvica, duración más corta del trabajo de parto, etc. (Romero; Carrizosa & Jumeno, 2013).

Se podría pensar que estas discusiones alrededor de cuál es la mejor posición para parir, cuál es el saber más acertado, o quiénes tiene la autoridad para atender un parto, se dan en la colisión de saberes “modernos” en contra posición con saberes “ancestrales” en países que alguna vez “fueron” colonias. Sin embargo en la historia misma de la concepción y desarrollo de la ciencia médica se encuentran estas disputas. El conocimiento popular alrededor del parto en la Edad Media se transmitía de forma oral, en el acompañamiento de mujeres mayores que tenían experiencia sobre los cuidados de la embarazada, de la parturienta, el recién nacido, inclusive métodos anticonceptivos y abortivos que se iban transmitiendo de generación en generación, de modo que se iban haciendo expertas en la práctica; a partir de esta forma de transmitir el conocimiento se produjo una asociación entre parteras, sanadoras que se suponía tenían poderes mágicos y podían intervenir en la salud con brujería (Conde, 2011). La cacería de brujas en esta época revela el intento por reprimir la presencia de mujeres en una práctica de la medicina hasta ahora incipiente: “La mayor parte de esas mujeres condenadas como brujas eran simplemente sanadoras no profesionales al servicio de la población campesina” (Ehrenreich & English, 2006, p. 7).

Las parteras fueron aborrecidas por el cristianismo debido a su relación con la sexualidad, la reproducción y los cultos paganos que practicaban en frontal oposición con el cristianismo. El oficio de parteras fue considerado degradante aunque necesario, e igualmente sucia la ayuda de los barberos cuando era necesaria una cirugía en el parto. (Conde, 2011, p. 22)

En parte, la persecución de estas mujeres se veía como una persecución contra la magia y no contra la medicina, pero además se fundamentaba en el hecho de que los campesinos tuvieran la capacidad de resolver sus propios problemas, y entre esto más sucediera menos dependerían de dios y la iglesia (Ehrenreich & English, 2006), en consecuencia “las curas mágicas, aun cuando dieran resultado, constituían una interferencia perversa contra la voluntad divina y debían su éxito a la intervención del demonio. La propia curación aparecía como un hecho maligno.” (Ehrenreich & English, 2006, p. 14). La forma en que estas mujeres sanaban también las convertía en objetivos de la iglesia, pues los métodos que utilizaban tenían un carácter empírico, confiaban en sus sentidos, creían en la experimentación y su actitud religiosa era indagadora más que pasiva, se sabían capaces de actuar sobre las enfermedades, pero también sobre el embarazo y parto, ya fuera a través de medicamentos o prácticas mágicas (Ehrenreich & English, 2006) “En resumen, su “magia” era la ciencia de su época” (Ehrenreich & English, 2006, p. 15) .

A finales del siglo XV, en España los Reyes Católicos establecen el Real Tribunal de Protomedicato, como una instancia para empezar a regular la formación de las matronas a través de exámenes, sin embargo fue aprovechado sobre todo por médicos y cirujanos para ascender profesionalmente, más que como una mejora real para las matronas; a través de este tribunal también se establecían las condiciones que debían cumplir médicos, cirujanos y otros

profesionales sanitarios, sin embargo se excluía completamente el trabajo de las matronas, debido al carácter “natural” que lo rodea, quedando así por fuera del ejercicio profesional (Conde, 2011).

En principio algunos barberos cirujanos empezaron a participar en la partería como parteros o comadrones para extraer un feto fallecido, detener hemorragias o para practicar cesáreas después de que la madre hubiese fallecido (Arguello; Mateo, 2014), sin embargo con el inicio de la medicina moderna, en el siglo XVI nace la obstetricia y al querer imponer la investigación sobre la medicina Escolástica, la medicina se dirige hacia la anatomía y la cirugía, aunque esta última seguía siendo infra valorada por la mayoría de médicos. La obstetricia se empieza a instituir como una especialidad lentamente, que en principio se consideraba menor y desvalorizada en manos de barberos y cirujanos, que habían sido dejados de lado hasta ese momento por la medicina, deciden entonces, recopilar su experiencia acumulada y traducirla en conocimiento “científico” con el que se enfrentaron al cuerpo médico, pero también a las parteras, que finalmente quedaron marginadas a pesar de sus resistencia; es en este siglo que se sientan las bases de la obstetricia como ciencia con el estudio de la anatomía humana y la fisiología de la reproducción, aunque en lo que tiene que ver con cuidados maternos no existen innovaciones durante mil trescientos años (Conde, 2011).

En el siglo XVII las parteras o matronas seguían conservando importancia, sosteniendo una preocupación temprana por la salud reproductiva de las mujeres; muchas parteras conocían a las futuras madres y aplicaban cuidados, avisando si presentaban patologías gestacionales. Hacia 1609 las matronas empiezan a escribir manuales en los que se descubre gran conocimiento del periodo gestacional (Martínez; Siles & Martínez, 2014). La labor de estas mujeres según los manuales, era la de promocionar la salud a través de medidas preventivas,

planteando la importancia de los hábitos de vida; otro interés de las matronas, era el diagnóstico temprano de la gestación que en este siglo era una cuestión compleja, sobre todo clínica, por el conocimiento de las modificaciones generales, locales y signos de los organismos, las matronas hablaban también del ámbito emocional y el cambio de humor, por lo que se puede ver que se preocupaban por la fisiología pero también por lo que pensaban las mujeres a las que atendían (Martínez, C; Siles, J. Martínez, E, 2014).

En el proceso de legitimación de los cirujanos obstétricos profesionales se necesitó la confluencia de los juicios médicos, cirujanos y clérigos, en los que se formuló la incapacidad de las matronas para enfrentarse a los partos a través de la denuncia de los numerosos casos de madres y bebés que fallecían como consecuencia de la ignorancia de estas mujeres (Martínez & Pardo, 2001). En España se plantea la hipótesis de la aparición del cirujano comadrón gracias a la influencia de los comadrones que venían desde Francia para atender a las reinas de la corte borbónica de Madrid, de esta manera lo que empezó como una moda, terminaría por imponerse y generalizarse. Así en el siglo XVIII en toda Europa se desarrolla decisivamente la transformación de la tradicional hegemonía de las parteras desde el poder político, intelectual y religioso; aunque el discurso de los médicos cirujanos en principio no se concentraban en atacar a las matronas, si relacionaron su propia labor con una figura importante: el uso de instrumentos, cuyo manejo estaba por fuera del conocimiento de las matronas, así las críticas se argumentaban en el hecho de que además de sus manos ellos contaban con instrumentos que solo ellos poseían y sabían cómo utilizar para garantizar un parto exitoso (Martínez & Pardo, 2001).

Las matronas representan un germen de lo que ahora se piensa como un movimiento humanizado, tanto en lo que tiene que ver con los cuidados del embarazo, parto y puerperio,

como con una lucha por un lugar en la atención a las mujeres, contra cirujanos y médicos (varones) quienes introducen la ciencia y control sobre sus saberes a través de la docencia, adquiriendo notoriedad a través del uso de instrumentos (fórceps). Las matronas estaban en una indecisión entre querer ser educadas por ellos, pero a la vez mantener su lugar como sabedoras, por lo que mutuamente se atacan a través de textos, imprimiendo manuales de los cuidados que se debían tener (Martínez; Siles; Martínez, 2014).

A mediados del siglo XVIII se crea el primer Real Colegio de Cirugía de Cádiz, a cargo de Virgili uno de los mayores promotores de la reforma de la cirugía española, este colegio se desarrolló sobre todo alrededor de la sanidad militar; diez años más tarde Virgili tiene la iniciativa de crear un nuevo colegio de cirugía en Barcelona, que a diferencia del de Cádiz no estaba destinado únicamente a la formación de cirujanos militares, sino que más bien se concibió como la única institución docente para los cirujanos de Cataluña y debía estar a cargo del control del ejercicio de cualquier práctica quirúrgica en todo el principado, “la cirugía española se transformaría en una auténtica “profesión de estado”, dentro de la política centralista y uniformadora que caracterizó el despotismo ilustrado de la dinastía borbónica” (Martínez & Pardo, 2001, p. 13), en ese sentido y a pesar de los grandes esfuerzos, aún no había un incremento en la clientela que solicitara asistencial quirúrgica más sofisticada para la asistencia del parto, sino más bien se redujo a las élites aristocráticas por largo tiempo. Es en este momento en el que se empieza a desarrollar una literatura en la que los cirujanos como Virgili y Villaverde, atacan directamente el arte de partear realizado por las matronas, apelando a la gran ignorancia de estas, que en lugar de socorrer, causaban más accidentes, y proponen como solución que el cirujano se convierta en el principal protagonista en la asistencia de los

partos, no ya de los considerados difíciles, sino también de los naturales (Martínez & Pardo, 2001).

Hasta este punto hemos recorrido los caminos de una obstetricia rudimentaria que aun parece estar lejos de nosotros, tanto temporal como espacialmente, sin embargo es un recorrido que considero necesario, teniendo en cuenta que es un tipo de conocimiento, de hecho más que eso es una forma de conocer, de pensar y atender el cuerpo, que llega a América Latina como una forma de colonialidad de poder y del saber, dentro de un proceso de globalización en el que Europa occidental en condición de centro del capitalismo mundial, para nuestro caso específicamente España, se permite atribuir nuevas identidades geoculturales a las comunidades en los continentes donde ha establecido regímenes coloniales, incorporando diversas y heterogéneas historias y culturas a un único mundo dominado por éste, allí se presenta una naturalización de las relaciones coloniales de dominación donde lo moderno se opone a lo colonial (Quijano, 2000).

Así entonces, podemos dirigir nuestra mirada al acontecer de la obstetricia en el territorio que corresponde a lo que ahora llamamos Colombia, donde la disputa entre parteras o comadronas y médicos y cirujanos por la autoridad de la atención del parto y el cuidado del cuerpo, relatada unos párrafos atrás, se traslada a la pretensión de establecer una narrativa universal sobre los cuerpos y la forma de tratarlos sostenida sobre el concepto de lo “normal” relacionado con lo moderno (como debe ser) en contraste con lo colonial (lo atrasado), marcando la diferencia como equivocación o vestigio, para posteriormente ser relegada o ignorada.

Vale decir que en la Nueva Granada, entre los siglos XVI y XVIII que corresponden al tiempo de transición entre lo que se nombra comúnmente como Conquista y Colonia, la

medicina “técnica” fue prácticamente ausente, a esto se suma el pobre nivel “científico” de la medicina española, con lo que era más bien poco lo que se podía traer a sus “colonias”, y en caso de presentarse el conflicto entre lo moderno y lo atrasado, este se expresaba sobre todo en las urbes que se consideraban más desarrolladas; Santafé y Cartagena, por ejemplo, fueron centros de control por parte del Protomedicado para quienes aspiraban a ser curadores, pues era allí donde la actividad médica era más intensa (Sánchez, 1993), en contraste con las poblaciones de carácter rural, en las que las parteras seguían siendo la primera respuesta ante la necesidad de atención del parto.

Sin vuelta a atrás: autoridad usurpada y espacios desvirtuados.

A pesar de que el recorrido que hemos hecho, por los primeros siglos de la formación de la obstétrica como especialidad médica, es importante para empezar interrogar cómo se han atendido los cuerpos de las mujeres que han parido a lo largo de la historia, es importante que revisemos con más detenimiento los sucesos que se presentan a finales del siglo XIX y durante el siglo XX, pues es allí donde los instrumentos y las prácticas empiezan a tener mayor importancia, y donde se concretan finalmente las ideas sobre el cuerpo y la atención del mismo que tienen cabida en la actualidad, además de que parece ser el punto de no retorno para las matronas o parteras, desterradas casi definitivamente de su quehacer.

Para el siglo XIX, en la medicina ya se habían incorporado principios de la racionalidad positivista y algunas ideas del darwinismo, que permitían argumentar la inferioridad de la mujer con respecto al hombre, pensando en esta circunstancia como un hecho natural, consecuencia de la selección natural, por lo que requerían protección y guía por parte de los

varones (Tuñón et al., 2008), así: “el confesor, el padre, el marido y, después, el médico.” (Tuñón et al., 2008, p. 150); en este siglo el análisis del útero se convirtió en el eje principal de la investigación ginecológica, porque se creía que este podía dar cuenta del estado general de la salud de la mujer, según esta lógica cualquier problema físico tenía origen en el útero (Tuñón et al., 2008).

Para este momento, en Colombia, no se presentan muchas innovaciones en el campo de la obstetricia, más bien se manifiesta constantemente una preocupación por la falta de control sobre el ejercicio de parteras y la inexistencia de lugares donde enseñar y aprender sobre el cuidado de madres y niños; es posible reconocer la expresión de esta preocupación a través de varios textos como la exposición de motivos que presentó en 1869, José Peregrino Sanmiguel, un prestigioso homeópata de Santafé, al Congreso solicitando la creación de un Colegio Nacional de Profesoras para el servicio de enfermedades de mujeres y niños; así mismo hacia 1891 se empiezan a presentar las primeras tesis sobre temas ginecobstétricos en la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional de Colombia, entre las que se tratan diferentes temas como: la amputación del cuello uterino, la ovariectomía, hasta la necesidad de reglamentar el ejercicio, ya no de la partería, sino de la profesión obstétrica (Sánchez, 1993); los trabajos de esta naturaleza permiten hacerse una idea de las aspiraciones de los nuevos médicos, pero también cómo era su forma de intervenir y participar en la atención de los partos dentro de la “vida diaria”.

Hacia finales de ese siglo, el cuerpo médico había crecido en cantidad, a lo que muchas mujeres de mayores posibilidades económicas respondieron acudiendo y solicitando que sus partos fueran atendidos por profesionales (Sánchez, 1993). En este momento aún la atención se realizaba en la casa de las pacientes, llevando consigo estuches obstétricos, similares a los

usados por médicos en París, en los que cargaban todos los aparatos e instrumentos necesarios para la asistencia en caso de alguna dificultad: “fórceps, embrióto, cefalotribo, dilatadores, tijeras, sondas, estetoscopio, pelvímetro, etc.” (Sánchez, 1993, p. 100), además de los instrumentos se le recomendaba ir cargados de paciencia, pues sus servicios eran solicitados con mucha anticipación, al presentarse el primer dolor, y se les exigía una permanencia constante durante todo el proceso de trabajo de parto; al ser atendido en la casa, la habitación destinada para esto debía cumplir con ciertos requerimientos o recomendaciones (Sánchez, 1993):

El vulgo acostumbraba cerrar puertas y ventanas, cubriendo cuidadosamente las rendijas con sábanas y colchas [...] el aposento que se destine al parto ha de ser una pieza espaciosa, amplia, seca, que pueda ventilarse bien pero sin que esté expuesta a fuertes corrientes de aire, para lo cual debe estar separado del patio por una o dos piezas... Es de desearse que tenga un aspecto agradable, que sus paredes estén muy aseadas, y que, en caso de ser empapeladas, los colores sean suaves; el pavimento debe estar alfombrado o por lo menos cubierto con esteras para disminuir el ruido de los que caminan en ella (Sánchez citando a Ramírez, 1993, 101).

La representación del cuerpo de la mujer para esta época empezó a transformarse, de manera que paso de ser considerada pecaminosa, para definirse como un ser constitutivamente enfermo y temperamental, cuya meta era la de la reproducción de la especie, por lo que en parte el objetivo de la medicina se desarrolló en torno al estudio de esa naturaleza enferma de las mujeres (Tuñón et al., 2008). En consecuencia “la menstruación, la gestación, el puerperio y la lactancia eran considerados estados fisiológicos que fácilmente podían convertirse en patológicos al recibir cualquier influencia, fuera interna o externa.” (Tuñón et al., 2008, p.

152), el útero hacía parte de esa biología que determinaba y controlaba a la mujer, lo que no solamente le quitaba control sobre sí misma, sus comportamientos y emociones, sino que además la situaba en una posición de enferma permanente (Tuñón et al., 2008).

La distocia de contracción o disodinia (“Trastornos por prolongación o detención del parto (parto lento, parto distócico, parto prolongado)” (Guerrero & Puertas, 2008, p. 1) que puede presentarse por el tamaño del feto, de la zona pélvica o las partes blandas (Guerrero & Puertas, 2008), era considerada resultado de la debilidad general de las mujeres, por lo que se optaba por prescribir un “régimen fortificante” en el que se incluía el consumo de estimulantes como la infusión de canela, té con brandy, vino, caldos, además para estimular las contracciones se recomendaba un baño caliente (Sánchez, 1993); si en el periodo expulsivo se presentaban contracciones débiles, se recurría a la aplicación de algunos fármacos como el éter sulfúrico, clorhidrato de quinina, ácido clorhídrico, jarabe de menta o agua destilada, todo en diferentes proporciones; para finalizar el proceso de trabajo de parto también se recurría al uso de ciertas prácticas, así:

El taponamiento de la vagina, que al decir algunos, tenía magnífico efecto, lo mismo que la “cateterización del útero”, método que consistía en introducir una sonda elástica dentro de la cavidad uterina. Probablemente la ruptura de las membranas que había de producirse con este procedimiento, era realmente lo que mejoraba la dinámica. Durante el periodo expulsivo la maniobra de Kristeller era también muy socorrida (Sánchez, 1993, p 102).

Una vez terminaba el parto, se realizaba un lavado vaginal con una solución antiséptica, que debía realizarse al menos dos veces al día, para el periodo del puerperio también existían algunas medidas que se debían realizar, con el fin de mantener la salud física y mental de la

madre, para esto se valían de bebidas como agua de azúcar, agua con leche o vino, además no debían realizar actividades que implicaran esfuerzo, de hecho se recomendaba que solo hasta el octavo día dejaran la habitación para colocarse por un máximo de dos horas en alguna silla o poltrona cómoda, ya a los quince días se le permitía salir a las piezas vecinas (Sánchez, 1993).

Vale la pena hacer una pausa, para examinar la forma en la que los médicos afrontaban el evento del parto, es clara la mezcla de saberes que aún se superponían entre sí luchando por tener cabida en el cuerpo de estas mujeres, empezando a constituirlo o construirlo para esta específica forma de acontecer de los partos, pero además, aún es posible reconocer estas prácticas sobre los cuerpos de las mujeres que nos contaron su experiencia de parto en el primer capítulo; no obstante lo que en el siglo XIX era necesario solamente en situaciones que se consideraban emergencias, hoy suceden casi de forma protocolaria en las salas de parto de los hospitales: el uso de “medicamentos”, la ruptura de membranas, la maniobra de Kristeller, todos procedimientos para acelerar el proceso, que si bien es cierto en muchas ocasiones son necesarios para salvar la vida tanto de la mujer como de él o la bebé, actualmente se realizan casi de forma indiscriminada; las circunstancias y razones de tal proceder, pueden no ser las mismas que en el pasado, sin embargo es necesario fijarse en las coincidencias, quién aplica, quién tiene el poder y cómo lo aplica, es decir son los médicos quienes tiene la potestad de poner y quitar según parezca necesario.

Es posible también hacer un contraste con los cuidados aplicados hacia la madre en el periodo puerperal, sobre todo en las horas inmediatas al parto, mientras que en la descripción que acabo de mencionar, los cuidados hacía la madre son casi extremos, esto teniendo en cuenta que al estar en un espacio privado toda la atención se puede volcar sobre ella, así no

dejar que se pare, asegurarse de que tomara las infusiones y medicamentos que le recetaban, no era una tarea tan difícil, como ahora, primero porque entre más rápido se recupere y salgan de las habitaciones para darle paso a otras madres es mejor, pero además el hecho de tener que atender a más de 10 mujeres que acaban de pasar por una situación tan compleja, hace que a ninguna se le pueda poner toda la atención necesaria, incrementando la dificultad.

Regresando al siglo XIX, donde nos encontrábamos antes de la breve pausa, más exactamente hacia 1891, empieza el lento, pero consistente desplazamiento de espacios, desde el hogar de las parturientas hacia unas, apenas nacientes, salas de parto; para esta época el Hospital San Juan de Dios contaba con un servicio de maternidad, y gracias a las descripciones del doctor Julio Manrique, en su tesis: “infecciones puerperales en la Maternidad de Bogotá (1897)” (Sánchez, 1993), es posible conocer un poco cómo funcionaba y cuál era el aspecto de esta “sala de maternidad”:

Las mujeres que entraban allí tenían todas su parto en la misma cama de trabajo, cuyas ropas consistían en un jergón de paja recubierto con una piel en la cual han parido ya muchas generaciones y apenas es enjuagada después de cada parto con una esponja que nunca ha sido si quiera hervida. Concluido el alumbramiento se hacía el consabido lavado vaginal con solución antiséptica, utilizando siempre la misma cánula, y se dejaba a la mujer espacio de una hora de reposo y observación; luego se trasladaba a la sala común [...] La “sala común” tenía quince camas o cujas, separadas entre sí por un espacio de un metro, en la cual se improvisaban otras cuando aquellas estaban ocupadas, con mucha frecuencia se hacinaban allí veinticuatro y más enfermas. Al entrar a esta sala en las horas de la noche, se percibe una fetidez **sui generis**, inolvidable

mezcla de loquios en descomposición y excreciones cutáneas de personas desaseadas.
(Sánchez citando a Manrique, 1993, pp. 104; 105)

La mortalidad materna ya se presentaba, para ese entonces, como un problema de salud pública, pues la proporción de muertes era de 5 por 100, o las que además se sumaba el 62 por 100 de mujeres que presentaban reacción febril, de hecho hay noticias de una epidemia de fiebre puerperal, en 1899, que mató a todas las madres que se encontraban en dicha sala, con lo que se tuvo que cancelar el servicio de manera temporal (Sánchez, 1993). Esto convertía estos lugares, más que en una solución, en una amenaza y foco de infecciones, lo que refuerza el interrogante del razonamiento detrás de dicho desplazamiento, más que por términos de cantidad, es decir la cantidad de mujeres que puede atender un médico cuando se encuentran en el mismo lugar se multiplica, pero ¿es este argumento es suficiente?

Para finalizar este recuento sobre el siglo XIX, hay que recordar que los actos quirúrgicos aún eran considerados hazañas de alto riesgo, que se llevaba a cabo como último recurso, sin poder asegurar éxito alguno (Sánchez, 1993), al ser tan peligrosos, llevarlos a feliz término parece también una de las razones por las que la obstetricia pudo seguirse posicionando en primer lugar, y claramente por encima de parteras que no estaban preparadas para enfrentarse a tales procedimientos.

Por eso constituyen hitos en la evolución histórica de la ginecobstetricia en nuestro país la operación cesárea que practicara en 1844 José Quevedo Amaya en Medellín, y la ovariectomía hecha en Bogotá por Leoncio Barreto en 1864, ambas con éxito completo (Sánchez, 1993, p. 117)

Uno de los elementos que separaba a los médicos de las parteras era el uso de instrumentos, mientras que ellos estaban capacitados para su uso, las parteras no contaban más que con sus manos y algunas otras prácticas que no incluían ese tipo de “tecnología”, sin embargo al paso de los años, cuando las carreras de médico y cirujano se vieron estrechamente relacionadas, los profesionales también debían trabajar con las manos, y con ello se presentó un cambio de actitud frente a este tema (Tuñón et al., 2008). Desde mi punto de vista este cambio de actitud implica también un cambio de mentalidad con respecto al oficio, es decir ya no solo se piensa en participar del parto, sino en el hacer a través de sus propias manos.

Hace unos párrafos mencioné el colonialismo, en este caso, del saber, y quizás hice parecer que una vez llegó esta forma de conocer, nos apropiamos de él y partimos de allí para construir un camino propio, por lo que estimo necesario aclarar, o más bien, agregar, que el desarrollo de la obstetricia en Colombia se ha visto siempre forjado en el ir y venir de personas, y con ello de ideas y formas de hacer; así se configura en un principio una forma de ser médico, una persona, por lo general hombre, que tiene el privilegio de salir del país para educarse, lo que le sirve para reafirmar su posición como autoridad, al menos dentro del país.

Así entonces, para hablar del siglo XX, debemos volver a Europa, ya no específicamente a España, sino a los lugares que parecen más significativos en torno a los hitos históricos que afianzaron la obstetricia como especialidad, si bien no me detendré en cada suceso, primero porque en este siglo hubo un número significativo de aportes, pero además porque gran parte de las preocupaciones de los obstetras estaba enfocada en los métodos anticonceptivos o de fertilización, además de algunas enfermedades del útero y ovarios, no menos importantes para entender cómo se pensaba el cuerpo de la mujer, pero que decido dejar de lado, para concentrarnos en los puntos que considero más pertinentes para continuar con el

desarrollo de nuestra conversación: En el año 1906, el obstetra Henry Hallet Dale, “descubre la acción oxitócica del lóbulo posterior de la hipófisis. Se le entrega a al médico un instrumento efectivo para ir dejando de ser actor pasivo en el proceso del parto” (Sánchez, 1993, p. 165).

¹⁰ Por esta misma línea un obstetra inglés de apellido Watson, propone un método para la inducción del parto, que consiste en una base de aceite de ricino, enema jabonosa y sulfato de quinina, posteriormente asociado al extracto de lóbulo posterior de la hipófisis, fortaleciendo así el papel del obstetra como director del parto (Sánchez, 1993).

Es claro que a lo largo de los años, el tema de la inducción del parto seguía predominando en materia de investigación, pues hacia 1928, los doctores Selmar Ascheim y Bernard Zondek, divulgan un método biológico para diagnosticar el embarazo de manera temprana y certera, resultado de experimentar con ratas impúberes, pero además logran extraer la oxitocina, o conocida comercialmente como pitocin, del lóbulo posterior de la hipófisis de Kamm, para estimular el útero (Sánchez, 1993), con lo que “se va haciendo más fisiológica la capacidad de estimular la contracción uterina” (Sánchez, 1993, p. 166).

Si bien el dolor, es sin duda protagonista en el proceso de parto, no es sino hasta la primera mitad del siglo, que se empieza a manifestar como interés de investigación, al menos así lo demuestra la falta de evidencia escrita; en 1933 el obstetra inglés Grantly Dick Read escribe un libro que lleva por título “parto sin dolor” en el que desarrollaba una teoría en la que los obstetras poseían una nueva concepción de los fenómenos dolorosos durante el parto (Sánchez, 1993); esto sin duda, debió tener serias repercusiones en la forma de atender el parto,

¹⁰ “La Hipófisis, también conocida como Glándula Pituitaria, es una pequeña glándula suspendida del cerebro por el tallo hipofisario” (Martín, 2011, párr. 1). “Bajo su influencia las contracciones uterinas se hacen más activas y frecuentes [...] Para hacer la aplicación en la forma señalada y durante el trabajo de parto, es necesario que el cuello se encuentre totalmente dilatado, pues de lo contrario la aplicación de ésta sustancia será de funestos resultados.” (Blackwood, 2001, p. 688)

pues para 1942, en Estados Unidos los doctores Robert Hingson y Waldo Edwards describen una técnica para la producción de anestesia de la zona pélvica, que denominaron como “analgesia caudal continua”, empleándola además de manera exitosa durante el parto (Sánchez, 1993). Desde este momento la obstetricia logró cambiar para siempre la cultura del nacimiento, ahora los médicos no sólo tenían el “poder” de inducir el parto, sino que además podían “eliminar” el dolor en el mismo, ¿quién podría ahora arrebatarse tal potestad de sus manos, o más bien de sus prácticas e instrumentos? De hecho el obstetra Fernando Sánchez, se atreve a llamarlo humanización del proceso de parto, pues es un gran logro “combatir el componente doloroso que se asocia con el acto del nacimiento” (Sánchez, 1993, p. 167).

A mediados del siglo, en Estados Unidos se reportó la ejecución de mil operaciones cesáreas sin mortalidad materna, esto desencadenó la libertad para el uso de la intervención, dejando atrás la mayoría de recursos que habían sido utilizados durante siglos como alternativas para ayudar al nacimiento (Sánchez, 1993).

Para regresar a lo que sucedía por esta misma época en Colombia, debemos fijarnos en el retorno al país de muchos profesionales que se habían ido como consecuencia de la guerra civil de “los mil días”, por ejemplo, el doctor Miguel Rueda Acosta, quien después de haber estudiado en la Universidad Nacional de Colombia, viajó a París para refrendar su título y ejercer allí mismo, y al volver se radicó en Bogotá y organizó el Servicio de Maternidad del Hospital San Juan de Dios (Sánchez, 1993): “El doctor Rueda Acosta fue el introductor entre nosotros de la pituitrina (1910), del suero antistreptocócico como tratamiento de la fiebre puerperal e impuso el uso de guantes para la atención de los partos” (Sánchez, 1993, p. 172).

Hay que decir que ya avanzado ese siglo, la atención obstétrica todavía estaba a cargo de las comadronas en la casa de las parturientas (Sánchez, 1993); la atención de los médicos

se presentaba entonces sobre todo en lo que tenía que ver con lo prenatal, en los consultorios, pero para el parto aún se desplazaban a la alcoba de las pacientes; hacia los años veinte, se reporta todavía el trabajo conjunto entre médicos y parteras, aunque ellas participaban sobre todo como ayudantes y no protagonistas en el evento, para poder participar las mujeres debían ser egresadas de la escuela dirigida por el profesor Rafael Barberi, quien fue uno de los fundadores de la pediatría en Colombia (Sánchez, 1993), esta escuela se creó también como un mecanismo “para contrarrestar la proliferación de parteras empíricas” (Sánchez, 1993, p. 198), en consecuencia ellas dejaron de ser matronas, para convertirse en “Auxiliares de Enfermeras Parteras” como era la denominación del título que se les era otorgado.

A pesar de que el Hospital San Juan de Dios no se encontraba en las mejores condiciones, ni en términos de infraestructura, ni para la enseñanza, hacía 1933, el doctor Rafael Ucrós, como director del hospital realiza un informe en el que manifiesta que las enfermas en la sala de maternidad aumentaron ese año en proporciones considerables (Sánchez, 1993), tanto así que:

Fue necesario durante todo el tiempo recibir enfermas que fueron colocadas en el suelo por ser insuficientes las camas para recibirlas; este hecho está diciendo en muy alta voz que las salas de maternidad son ya insuficientes hoy día para las necesidades de la ciudad (Sánchez citando a Ucrós, 1993, p. 193).

Para este momento ya empezaba a abandonarse seriamente, la costumbre de que las mujeres parieran en sus domicilios, sobre todo porque los médicos se dieron cuenta que el lugar más adecuado y seguro, para llevar los partos a buen término, era donde tuvieran acceso a todos los elementos necesarios en caso de alguna emergencia (Sánchez, 1993). Vale decir que la atención para las mujeres que tenían recursos económicos se realizaban en un pabellón

especial del Hospital San Juan de Dios o en la clínica Marly, mientras quienes no poseían dinero debían parir en el San José o en el mismo San Juan de Dios pero en otro pabellón (Sánchez, 1993). Este es un tema que requiere más tiempo y espacio para ser tratado, sin embargo considero importante resaltar el largo aliento de esta problemática que en vez de resolverse, se sigue trasladando y llegando a nosotros, sin transformarse demasiado; en la comparación de las historias de las seis mujeres del primer capítulo es posible reconocer, aún de forma muy marcada, estas diferencias, además de la consciencia de que para ser tratadas con dignidad hace falta dinero.

La realidad es que sólo a finales del siglo XX fue posible concretar, de manera rotunda, el desplazamiento de la atención del parto en los hogares de las pacientes hacia los hospitales; esto no se debe tomar como un fenómeno aislado a otros sucesos del país, es importante tener en cuenta que desde mediados de siglo se inició una migración del campo a las ciudades, lo que seguramente tuvo un impacto en el cambio de costumbres, bajo el pretexto de mejorar y ampliar, la cobertura y protección de las embarazadas, el Estado logró:

Que la atención en el subsector oficial ascendiera de un 37.9% en 1970 a 77.1% en 1984. Igualmente el parto institucional llegó a un 70%, sumando los nacimientos registrados en los subsectores privado, oficial y de la seguridad social. En las áreas rurales seguía, para ese año, predominando el parto domiciliario, a cargo de personal no médico. Solo el 38% de los partos que ocurrieron en áreas rurales fueron atendidos institucionalmente (Sánchez, 1993, p. 228).

Un último hecho que considero importante tener en cuenta, es el nacimiento del primer “bebé probeta” como resultado de la fertilización in vitro del óvulo, en el que se hace la transferencia del embrión al útero, procedimiento que fue practicado por primera vez de

manera exitosa en 1978, por los médicos ingleses Patrick Steptoe y Robert Edwards, lo que sin duda tiene un gran impacto en el mundo científico (Sánchez, 1993); este es un hecho que definitivamente ayudó a concretar el poder y la autoridad de los médicos sobre el cuerpo, pues a través de este “los hombres de ciencia se adueñan del proceso de la reproducción” (Sánchez, 1993, p. 169). Como recordará, en el primer capítulo mencioné que en Colombia, la primer bebé probeta nació en 1985, gracias a la intervención de CECOLFES: el Centro Colombiano de Fertilidad y Esterilidad, lo que además representó un hito en América Latina, pues es reconocida como el primer caso reportado con éxito en esta región.

Convergencias entre la formación de la obstetricia y las experiencias de vivirla en las salas de parto

El encuentro entre las conversaciones que tuvimos en el primer capítulo y la realización de este recorrido histórico, nos permite fijar la atención en varios puntos de encuentro, que claramente tienen relación porque en el desarrollo de esa historia se concretan algunas, sino todas, las situaciones que viven las mujeres a diario en las instituciones hospitalaria: “La historia de un día engloba la del mundo y la de la sociedad” (Lindón citando a Lefebvre 1972, 2004, p. 41), así mismo, podría decir que la historia de un parto, es también la historia de la medicina, de cómo se ha interpretado el cuerpo de la mujer, y en consecuencia cómo se responde a sus exigencias, cómo estas instituciones se han convertido en lugares espacio-temporales que cuentan la historia de los intereses que están en juego en la atención; en consecuencia considero importante que nos detengamos en resaltar algunos de estos aspectos:

Temporalidades: entre lo banal y lo significativo

El choque entre lo extraordinario (para las mujeres) y lo cotidiano (para profesionales de la salud) se presenta de manera frecuente a lo largo del primer capítulo. Como pudimos ver la mayoría de las mujeres entiende que como cualquier otro trabajo, atenderlas hace parte del día a día de los profesionales de la salud, Patricia, por ejemplo, compara esta profesión con otras que tienen que ver con entornos de oficina, donde el trabajador se para por un café o habla de diferentes temas de la vida con sus compañeros, así mismo se imagina esto pero en las instituciones hospitalarias, o Diana que entiende que para ellos es una cuestión tan normal que no se la tomen con la importancia que tiene para cada mujer, no es que no se quejen de este aspecto, es que de cierta forma lo normalizan, y aceptan con ello: las prácticas rutinarias, la desatención, el lenguaje apremiante, la displicencia, etc. sin embargo, es necesario entender que esos conocimientos, prácticas y rutinas que allí se presentan, se han forjado mucho antes y están en permanente reconstrucción, no solo por parte de los profesionales en salud, sino de las mujeres que reciben los tratamientos; en la descripción de las prácticas de los médicos durante el siglo XIX, pudimos ver que el tiempo que las mujeres se demoraban en el trabajo de parto parecía, desde ese entonces, un problema, pues se le recomendaba ir cargados de paciencia, en vista de que su presencia era solicitada con demasiada antelación, en vez de quizás ponerse en el lugar de estas mujeres que se encontraban en un momento único en su vida, para el cual no sé puede estar cien por ciento preparadas.

En algunas ocasiones las mujeres respaldan el mecanicismo de esas prácticas porque están convencidas de la verdad detrás del conocimiento del cuerpo y esta es la que se presenta en hospitales y es brindada por los profesionales en salud; un ejemplo, puede ser el relato de Leyda, pues en él podemos ver que a pesar de que ella tenía una idea sobre cómo funcionaba

su cuerpo y cuáles eran sus tiempos, no importaba frente al hecho de que la atendieran varias personas y tuviera acceso a todos los medicamentos, tanto para inducir el parto como para calmar el dolor, pues estos se combinaban para convertirse en el reflejo de lo que significa recibir una buena atención. Así somos testigos de la discordancia entre los tiempos de los cuerpos de las mujeres en contraposición con los tiempos establecidos por el sistema y los profesionales en salud, en donde los últimos parecen estar por encima de los primeros; inclusive el hecho de que los profesionales de la salud realicen estos mismo procedimientos a diario, refuerza la idea de que ellos saben más del cuerpo que quién lo está sintiendo, en ese sentido aunque las mujeres demandan un trato distinto, se someten al uso de medicamentos para inducir el parto, o prácticas que ayuden a terminar el mismo, porque de esto depende que puedan llevar a feliz término el proceso de trabajo de parto y parto, posteriormente; todo esto se suma también a tener en consideración el hecho de que están pasando por un momento de mucho dolor y angustia y por eso mismo quieren, como cualquier otra persona querría, que terminara lo más pronto posible.

Trato abusivo: La frontera entre lo imprescindible y lo innecesario.

El asunto de las temporalidades, afecta más allá del simple hecho de apurar un proceso que en muchas ocasiones no debería serlo; este choque se ve inscrito sobre todo en el espacio en el que se presentan los partos, es decir en las instituciones hospitalarias, allí más que en ningún otro lugar está presente la necesidad de acelerar el trabajo de parto, no solamente porque las mujeres están en constante dolor y como vimos este ha sido un tema fundamental dentro de los “avances” tecnológicos en la historia de la obstetricia, sino también porque allí, tanto antes como ahora, hay una necesidad de desocupar: camas, camillas, habitaciones, personal,

etc. de esa manera en el desplazamiento de la casa de las parturientas a las salas de parto se concreta mucho más que un traslado de espacios.

En el primer capítulo la mayoría de las mujeres: Lizeth, Patricia, Leyda, quienes no tenían cesárea programada, nos cuentan, aunque de manera distinta, un mismo bosquejo de las rutinas, en la que se mezclan diferentes prácticas: llegan al hospital y para que puedan quedarse deben pasar por las manos de un o una médico que determina en qué punto del trabajo de parto se encuentran, una vez se establece que ya deben quedarse, continúa el proceso; aunque no es igual en todos los casos, o se presente en orden diferente, se rompe la membrana para que salga el líquido amniótico, una manera artificial de “romper fuente” (no nos olvidemos que muchas mujeres acuden al hospital después de que esto les ocurre), se aplica pitocin, que como vimos acelera las contracciones o en caso de que estas no se hayan presentado, pretenden iniciarlas; a partir de ese punto cada hora más o menos se hacen tactos, es decir el o la profesional de salud introduce sus dedos en la vagina para medir la dilatación.

Dependiendo del tiempo que se estén tardando las mujeres y según su resistencia al dolor se presenta un lenguaje con el que pretenden que se afane, que no se queje, que no grite, inclusive se atreven a amenazarla con la propia vida de su bebé, un lenguaje que también le roba la importancia de ese momento porque le hacen entender que no solamente ella pasa por esa situación, que la instan a “portarse bien” o ser “buena paciente”; también se presenta la aplicación de la anestesia que no siempre funciona; en caso de que por sí mismas y según los tactos, ya vaya a suceder el momento expulsivo del trabajo de parto, las trasladan a unas salas en las se encuentra la camilla que tiene las posaderas de piernas, que puede ser en aluminio o forrada en algún material, en las que pueden o no estar amarradas según “su comportamiento”, allí también hay un lenguaje, en el que le indican la mejor forma de pujar, o dependiendo de la

situación le avisan cuando pujar, esto puede traer regaños por la falta de fuerza, la falta de experiencia o simplemente por el desconocimiento; en caso de que se haya prolongado mucho el tiempo del trabajo de parto y sientan que es necesario para que ocurra la expulsión, se puede presentar la maniobra de Kristeller, en la que solo se debería usar las manos con fuerza, se puede ver modificada según la experiencia y capacidades del profesional de la salud que las practica, en el caso de Diana vimos que se utilizaba todo el cuerpo de la enfermera y que tuvo consecuencias drásticas para su vida, o en el caso de Lizeth se utilizó mucha fuerza que aun así no fue suficiente; si definitivamente las mujeres no pueden, o existe alguna complicación, se remiten a cesárea como fue el caso de Lizeth, no sin antes haber vivido una experiencia tan fuerte.

El trabajo de parto se presenta siempre como un suceso de alto riesgo, por lo que las mujeres no deben beber o comer nada durante el trabajo de parto, pues esto afectaría la anestesia para la realización de la cesárea, al menos así lo manifestaron varias mujeres a lo largo de las 25 entrevistas, y que quizás no quedó del todo plasmado en los relatos del primer capítulo. El desplazamiento a los hospitales se hace también con la necesidad de intervenir en caso de cualquier emergencia, lo que implicó que se necesiten cuidados específicos para no estropear el procedimiento quirúrgico: el no poder consumir alimentos, la asepsia del lugar y con ello que no pudieran estar acompañadas de ningún familiar, además de ser también una cuestión de espacio, es absurdo que en una sala con 5 o más camas, cada mujer esté acompañada de varias personas, resultaría en un caos, en consecuencia las mujeres tienen una queja constante no solamente alrededor de la soledad y el temor que eso conlleva, sino también de hambre, sed y frío.

Todas estas prácticas y uso de lenguaje tienen como finalidad, apurar este proceso que en definitiva debería ser aplicado según las singularidades de cada parto, pero que en un sistema en el que constantemente llegan mujeres a ser atendidas, se torna insostenible y termina siendo generalizado, pero que al final termina teniendo consecuencias particulares en cada mujer, su vida y los recuerdos de cómo vivieron esa experiencia.

Saberes y autoridad: la agencia sobre el propio cuerpo

El análisis de los tiempos, espacios, prácticas y lenguaje, nos permite acercarnos a otro asunto que también es importante: ¿qué tanto puede participar una mujer en las decisiones sobre su propio proceso de parto?. Esta pregunta está planteada en la relación entre conocimiento-verdad-autoridad, donde se validan los conocimientos sobre el cuerpo, el dolor y la experiencia misma de parir; como hemos podido ver la construcción de la obstetricia como especialidad está basada en lo que pueden hacer los médicos por las mujeres gestantes y en trabajo de parto: qué instrumentos pueden utilizar, qué prácticas son mejores, cómo evitar el dolor, cómo deben dirigirse a las pacientes; en conjunto, todos parecen ser esfuerzos para facilitar, acelerar y hacer más eficiente este suceso de por sí tan dramático en la vida de las mujeres; no dudo que las intenciones con las que se han pensado todas estas cosas, son buenas, seguramente lo son; sin embargo es difícil encontrar o leer el diálogo con las mujeres, para empezar con las parteras, con quienes parece imposible conciliar, pero tampoco con los cuerpos mismos que viven la experiencia, todo esto sugiere la imposición, la lucha contra la idea de que la mujer por sí misma es capaz de parir.

Todas estas ideas tienen consecuencias sobre la realidad de los partos en el presente, en las experiencias que nos relataban las mujeres en el primer capítulo, ninguna tuvo la posibilidad de ser dueña de su proceso, es decir aunque pudieron elegir la clínica, esto estaba en un rango

específico de posibilidades, les rompían fuente porque eso era lo que debía hacerse, no hay discusión de los medicamentos que se van a aplicar, si acaso le avisan que le van a poner y cómo, aunque no siempre es así, ninguna de las mujeres que tuvo parto “natural” pudo escoger la postura en la que quería parir, todas pasaron por la camilla en posición supina y así con casi todas las prácticas que allí se presentan; a esto se le suma el lenguaje que relega a la mujer de la autoridad de su propio cuerpo, cuando expresaban lo que querían hacer, o qué tanto les dolía, la respuesta, aunque no siempre, en muchas ocasiones se presenta como un regaño: “así no se hace” “entre más grite menos cuidado le pongo” “tiene que ser así” “el hecho de no pujar es que quiere matar a su bebé”, ninguna de las mujeres que entrevisté manifestó querer hacerle daño a su bebé, y esto no generaliza el resto de mujeres y su propia experiencia, de hecho uno de sus grandes temores es que ellos salgan heridos por su falta de experiencia; el lenguaje también establece lo que significa “portarse bien”, entre ella más hagan caso, pregunten lo menos posible, no pidan explicaciones se convierten en una “buena paciente”, digna de mayor atención que las que no pueden controlarse. Así el riesgo constante, el temor y el desconocimiento, ponen a las mujeres en una situación de vulnerabilidad, en la que la decisión no se trata sobre el cuerpo mismo, sino el bienestar general de su bebé, que en este caso parece ser brindado en las instituciones hospitalarias por profesionales de la salud.

Aunque parezca, esto no quiere decir que en ningún punto seamos dueñas de nuestros procesos, si bien, no es el objetivo central de este trabajo, considero importante que tengamos en cuenta que hay formas en las que cuidamos de nosotras durante el proceso de gestación y también de prepararse para el parto, que están por fuera de la medicina alopática, pero que conversan o discuten con ella, y en muchos casos las complementan, así entonces, son prácticas alternativas que nos permiten también tener control; mi abuela por ejemplo, le daba a

infusiones a mi mamá, para que no tuviera náuseas o mareos, también licuaba la cascara de huevo en diferentes jugos para que no tuviera una pérdida significativa de calcio; así mismo algunas de las mujeres que entrevisté tenían prácticas similares, que las reconfortaban y permanecían vigentes a través de ellas, esto a veces podía causar conflicto con los médicos, pues algunos afirmaban que no debían consumirse estos “brebajes” porque no se sabían las medidas exactas de los componentes que actuaban en el cuerpo; por otra parte algunas mujeres recurrían a la práctica del yoga, lo que representaba una ayuda no solo para preparar el cuerpo, sino para aprender a controlar el dolor más allá de los medicamentos, sin duda esto merece más espacio para discutir, y aunque aquí no nos extenderemos en ello, vale la pena mencionarlo para tenerlo presente.

Disparidad en atención: diversas facetas, un solo sistema

Otro punto de convergencia entre la historia de la obstetricia y las historias que las mujeres nos contaron en el primer capítulo, y que nos sugiere una gran diferencia en la atención del embarazo y del parto, es el factor dinero, como pudimos leer, tanto en el pasado como en el presente, el hecho de tener la capacidad de pagar un mejor servicio de salud, implica tener o no que pasar por situaciones desagradables, aunque esto no libra completamente de esta posibilidad, si la aleja bastante. Esto además responde a una forma específica de entender la salud y que al ser específica de nuestro contexto vale la pena revisarlo como tal.

Para entender esta brecha hoy en día, hace falta retroceder y revisar la historia del sistema de salud colombiano, que en cierta forma hace parte de una apropiación específica de la medicina. En la primera mitad del siglo XX, en Colombia las prestaciones de trabajadores, pensiones, cesantías, salud y riesgos profesionales, eran reconocidas por ley como prestaciones patronales, sin embargo al enfrentarse a la imposibilidad de pagar estos de manera directa, las

empresas y trabajadores pensaron en crear un sistema de seguros obligatorios semejantes a los europeos, en consecuencia hacia 1946, se presenta el nacimiento del sistema de seguridad social en Colombia, con la creación de la Caja Nacional de Previsión (CAJANAL) y el Instituto Colombiano de los Seguros Sociales (ICSS), basándose en la ley de seguro obligatorio de Alemania de 1883, este proceso estuvo muy marcado por la diferenciación entre trabajadores privados denominado “seguridad social” y de funcionarios públicos conocido como de “previsión social”, por otra parte CAJANAL, cubría solamente un parte del sector central del gobierno nacional, de esta manera este sistema resultó desarticulado, disperso y sin mecanismos de solidaridad, por lo que fue necesario completar este esquema institucional, a través de la creación de fondos de cesantías y Cajas de Compensación familiar, estas últimas tenían el propósito de manejar el subsidio familiar y otorgar compensación por los hijos (Rocha, 2010).

Con la aprobación de la nueva Constitución Política en 1991, se definió un nuevo ordenamiento jurídico, institucional y social en el país. Con relación a la salud se estableció que "la seguridad social es un servicio público de carácter obligatorio, prestado bajo la dirección, coordinación y control del Estado". [...] el Sistema Nacional de Salud (SNS) enfrentaba enormes dificultades para hacer realidad el derecho de todos los colombianos a la protección social consagrada en la Nueva Constitución de 1991. Cerca del 80% de la población no contaba con un seguro de salud y el 25% no tenía acceso a ningún tipo de servicios de salud. El sistema funcionaba de manera desarticulada, era excluyente, altamente inequitativo, ineficiente y de muy dudosa calidad (Rocha, 2010, p. 9).

En 1993, fue creado el Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS), a través de la ley 100/93, este sistema se basa en una mezcla pública- privada y mercado-regulación: “cuyas principales fuentes de financiamiento son las cotizaciones de empleados y empleadores, que financian el régimen contributivo, y los recursos fiscales obtenidos por medio de impuestos generales, que financian el régimen subsidiado” (Agudelo; Cardona; Ortega; Robledo, 2011, p. 2018). “El Régimen Subsidiado es el mecanismo mediante el cual la población más pobre del país, sin capacidad de pago, tiene acceso a los servicios de salud a través de un subsidio que ofrece el Estado” (Ministerio de Salud, s.f, párr. 2). Con este modelo nacen las Empresas Promotoras de Salud (EPS) que pueden ser públicas o privadas, que operan como aseguradoras y administradoras, estas empresas deben contar con Instituciones Prestadoras de Servicio (IPS) que provean los servicios de atención de acuerdo con las prestaciones o beneficios definidos en el Plan Obligatorio de Salud (POS), el contenido de este plan para el régimen subsidiado representa más o menos un sesenta por ciento de lo que tiene el régimen contributivo (Agudelo, et al., 2011).

Además de esto, a través de la lectura de los relatos pudimos ver que dentro del régimen contributivo existe la posibilidad de pagar un plan complementario, que brinda mayores beneficios de los incluidos en el POS, y aparte también existe la “medicina prepagada” que es un servicio de mayor costo, pero que garantiza una atención excepcional.

Este, muy breve, recorrido histórico por la forma de entender y brindar atención a la salud a la población colombiana, nos permite reconocer de forma evidente que en el país siempre ha existido una marcada desigualdad, que tiene consecuencias profundas en la dignidad con la que se trata a los pacientes. En torno a la ley 100 existen otros debates, también muy importantes, pero me parece importante enfocarnos en el hecho de que la salud sea vista

como un servicio y no un derecho, este aspecto crea una huella tan profunda en la consciencia de los pacientes, que consideramos que la solución no es pensar en otros tipo de sistema, sino trabajar duro para poder tener el dinero y así acceder al mejor tipo de servicio posible.

Esto sin duda se ve reflejado en la atención del parto en los relatos de las mujeres, pues allí ya no están los porcentajes y las definiciones de los regímenes, sino que se enfrentan a los aspectos reales y cotidianos de cada servicio, así en la comparación podemos ver como Diana que tuvo dos de sus bebés en instituciones del régimen subsidiado se enfrenta a situaciones que las mujeres del régimen contributivo complementario o prepago no tuvieron que vivir; como dije más arriba, ser atendido con el régimen contributivo no garantiza estar libres de situaciones desagradables, un ejemplo de ello es la experiencia de Lizeth, o en diferente grado la experiencia de Patricia, que tiene que ver con las particularidades de los lugares en los que estos partos ocurrieron.

Conclusión parcial, prelude del desenlace

Para analizar estas situaciones, podemos conversar con Lefebvre y el estudio de lo cotidiano, pues allí nos invita a ver en estas prácticas, más que repeticiones que hacen parte de la rutina, entendiendo que lo cotidiano no se reduce a la combinación de acciones aisladas, sino que hay que leer estas prácticas en contexto y las relaciones en las que se ubican (Landón, 2004), de hecho “los encadenamiento y los conjuntos que integran, que además es lo que permite su repetición” (Landón, 2004, p. 44). De esta manera podríamos leer las caras de una burocratización y la que la construcción de una medicina defensiva ha contribuido a desarrollar un entorno desfavorable en la relación médico-paciente (Villanueva, 2010), allí además, se

presentan una serie de controles y procedimientos sobre la mujer, para evaluar el estado de salud, que se transforman en rutinas, y en muchas ocasiones son molestas, dolorosas y potencialmente riesgosas, que se aplican a demás sin justificación y más bien por costumbre del equipo de salud, el eje central de esta rutina es la imposición de que este proceso sea lo más breve posible y probablemente no sucedería si se tuviera en cuenta que cada mujer y cada bebé tiene su propio tiempo para parir y nacer (Quevedo, 2012), y de los que es necesario dudar, pues de esta manera se agrieta la naturalización de las prácticas y abre un camino en el que algunos aspectos, que son normalmente considerados banales, adquieren y dan sentido a cosas que se transfieren día a día de un sujeto a otro pero que justamente por considerarse banales no se tienen en cuenta.

Para concluir este apartado, es preciso que retomemos ciertos puntos, con el propósito primero de hacer una pausa que nos permita enfatizar en algunas de las ideas que he desarrollado, no solamente en el recuento histórico, sino también en relación con el primer capítulo, y de esta forma abrir camino a otros temas que también son importantes para el desarrollo de este trabajo.

Este recuento histórico, en primera medida, me sirve para reflexionar respecto a un tema, con el que no contaba, pero que surgió en el proceso de búsqueda de información y posteriormente en la escritura, y es la forma en la que “hacemos” historia, soy consciente de que la narración de hechos implica tener una posición frente a ellos, en esa medida la falta de fuentes a la cuales acudir me dejaba con una perspectiva muy reducida de lo que acontecía a lo largo de la construcción de esta rama de la medicina; lo anterior se ve reflejado sobre todo en la forma en que expongo los hechos de los siglos XIX y XX en Colombia, allí básicamente solo tuve la oportunidad de conversar con Fernando Sánchez Torres: destacado no solo por su

labor como médico, como profesor de ginecología y obstetricia en la Universidad Nacional de Colombia, sino también por su pasión por la escritura, además de ser un miembro honorario de la Academia Nacional de Medicina (Jácome, s.f), a través de su obra: “Historia de la ginec obstetricia en Colombia” (1993). Al leer este libro, sin duda me encuentro con un ejercicio serio y minucioso, que inicia con el periodo de la época pre hispánica, hasta llegar al siglo XX, sin embargo tiene una perspectiva bastante hegemónica de las formas de hacer, y los sucesos en torno a la obstetricia, con la que difiero, pero que al final de cuentas me permitió seguir conociendo e interrogando la experiencia de parir, que tanto menciono en este texto.

Es evidente que a pesar de tener una preocupación por hacer un ejercicio de narración distinto, no pude desprenderme de esa perspectiva histórica, esta es una tarea que necesita más tiempo y espacio, por lo que en realidad encontrarme con ese libro hecho tan cuidadosamente, me crea más interrogantes y me inspira a buscar esas fuentes desde las que él habla, seguramente habrá otras cosas que decir después de estos 25 años que han pasado desde que lo escribió; sería un cometido conveniente, tanto para complementar la investigaciones que ya existen, como para seguir explorando la diversificación de las formas en las que contamos y/o “hacemos” historia.

La propuesta de concluir este apartado a través de la reflexión de la historia de la obstetricia, nos permite, también, volver a acercarnos a las etapas por las que pasé para escribir el texto, como dije en el primer capítulo, me gustaría que usted entienda el propósito de exponer las ideas de esta forma y no otra; mi intención al empezar por conocer a las mujeres y no por la historia de la disciplina obstétrica, responde al anhelo de concentrarnos en una parte de las investigaciones que en algunas ocasiones queda en las sombras al enfrentarse a la teoría, por otra parte nos da la oportunidad de hablar de nuestros cuerpos en primera persona, algo que,

como hemos visto, no ocurre con tanta frecuencia como debería, pero también responde al hecho de que mi primer encuentro fue con historias como estas y no con lo que se había escrito al respecto, así que una vez empecé a preguntarme por estas experiencias con el deseo de ir más allá de lo anecdótico, necesité recorrer los caminos que nos trajeron a vivir el trabajo de parto en hospitales y salas de parto en la actualidad.

Otro incentivo para poner en el mismo plano estas dos perspectivas de la obstetricia, es que nos permite ver la correspondencia y la oposición entre sí; por ejemplo, la contraposición entre lo homogéneo de la historia de la disciplina, en contraste con lo heterogéneo de las experiencias que narran las mujeres, lo que tiene como consecuencia un constante esfuerzo por introducir todo tipo de historias y cuerpos, en un molde único. Ahora bien, me gustaría acercarme también, a los puntos en que estas perspectivas se relacionan; para empezar, la constante lucha por la autoridad del saber, que aunque en un principio fue entre médicos y parteras, hoy se presenta en la disputa por la agencia sobre el cuerpo ya no con estas, sino con las mujeres que están siendo atendidas, es decir, como es el o la profesional en salud quien tiene el conocimiento, es quien tiene la potestad o autoridad para intervenir el cuerpo; Por otra parte, la patologización del parto, con el constante temor de las urgencias que se pueden generar a su alrededor, o la constante recordación de la muerte, no solo de la madre, sino del o la bebé, como argumento para reafirmar la necesidad de ser atendidas por médicos, pero también de estar en instituciones hospitalarias que cuenten con todos los instrumentos que se deben tener en el peor escenario posible.

Aunque pareciera que la partería está completamente en el olvido, esto no es cierto, al igual que hace dos siglos, la medicina alopática no ha tenido la capacidad de llegar a los sectores más alejados de las urbes, o inclusive a los lugares más pobres en las mismas ciudades,

por lo que las personas buscan resolver la necesidad de atención por sus propios medios, en esa medida las parteras siguen siendo una solución para un sistema de salud insuficiente, inclusive este oficio fue reconocido como patrimonio cultural inmaterial en el 2017 (Bohórquez, 2017). Sin embargo, es notable que esta práctica resiste en la lucha y persistencia de las mujeres que lo practican, quienes se enfrentan a dificultades de todo tipo: las amenazas por parte de grupos armados, la desaprobación en algunas ocasiones por parte de médicos, los horarios, las distancias, la precariedad económica, inclusive la integración a comunidades religiosas que no les permiten realizar sus prácticas ancestrales, etc. (Bohórquez, 2017). Aquí también vale la pena mencionar que hay otras formas de partería, que también están conectada con las tradiciones y culturas llamadas “tradicionales”, pero que surgen como una reflexión alrededor de todos los temas que hemos tocado, a lo largo de texto, y se prestan como una alternativa para aquellas mujeres que no quieren someterse a la atención en Hospitales, llevada a cabo por profesionales de la salud alopática (Fisgativa, 2014) (Mujeres Bachué, 2016)

Por último, un punto que considero bastante importante, y que nos sirve para introducir el siguiente apartado, tiene que ver con la consolidación de la obstetricia como disciplina alrededor de las prácticas y los instrumentos, es decir el único punto en que encontré que se hablaba del cuerpo de la mujer, era en la acentuación del útero como eje central para entender ese cuerpo enfermo y débil por naturaleza, el resto de argumentos: para quedarse con la autoridad, para trasladar espacios, para adueñarse de los procesos tiene que ver con la instrumentalización de este momento; primero a pequeños pasos con los fórceps, pasando por los catéteres que permiten la ruptura de la membrana, hasta llegar a la inducción y posterior anestesia durante el trabajo de parto, que finalmente le entrega, a los profesionales de la salud, el poder de manejar una situación de la que antes solo podía participar desde afuera.

Merodear cuerpos, interrogar verdades

Teniendo en cuenta los elementos que hemos mencionado a lo largo de este texto, me gustaría que también pensemos en la idea de “lo universal”, ¿Qué tanto puede **cubrir** este concepto? El nacimiento de una vida humana, como ya vimos, parece ser un evento universal, no estaríamos aquí de no ser por ese acontecimiento, ocurre en todos los lugares del mundo donde hay mujeres y hombres, pero ¿es esta, en realidad, una experiencia universal?, De serlo ¿Qué la convertiría en tal? ¿Ser mujeres con vaginas?, el cubrir implica abarcar, pero también ocultar y entonces, la pregunta ya no sería qué tanto cubre, sino ¿qué es lo que se esconde en este concepto?. Así pretendo hablar de la no-universalidad de la universalidad como punto de partida para merodear los cuerpos, pues también me interesa interrogar la idea del cuerpo único, la materialidad compartida como fundamento de la intervención médica durante el parto.

Una de las características de la universalidad (del cuerpo) es su carácter cotidiano, está ahí todo el tiempo, lo vemos en todas partes, todos somos biología, compartimos carne, tejidos, huesos, órganos, parece indudable. Así sucedía también con las relaciones de parentesco (en occidente), Trautmann explicaba que justamente ese carácter habitual lo volvía resistente al análisis, por lo que la manera de descubrirlo se presentó en el parentesco discordante basado en el sentido común del otro cultural, el hecho de que con Morgan el parentesco se convirtiera en un ámbito analítico marca un punto de referencia para situar también los problemas de la antropología médica: la relación salud/enfermedad parece ser un problema similar (Good, 2003): “Requiere un firme acto de conciencia desnaturalizar la enfermedad y considerarla

como un ámbito cultural” (Good, 2003, p. 23), sobre todo ahora que las ciencias médicas han proporcionado herramientas, que hacen posible tener vidas más longevas y saludables (Good, 2003).

La antropología médica fue capaz de empezar a interrogar las “verdades” de la ciencia médica, apoyándose en el reconocimiento de la historicidad propia de ese sistema, sin embargo la investigación de este tipo se ha presentado sobre todo de dos formas: “la medicina, la sanidad y la ecología humana aportan modelos para el estudio de la enfermedad y su lugar en los sistemas biológicos; y, por otro los estudios sociales y culturales investigan la adaptación humana y las respuestas a la enfermedad” (Good, 2003, p. 23). Byron Good ha propuesto ver la enfermedad como un síndrome de experiencia, explorando la naturaleza del lenguaje, la subjetividad y los procesos sociales en los estudios interculturales de la enfermedad y del sufrimiento humano; este autor sostiene, también que el término analítico “creencia”, que se basa en que “el conocimiento requiere certeza y rectitud de juicio, mientras que la creencia implica incertidumbre, error o ambas cosas” (Good, 2003, p. 47), como hecho fundador de la antropología en general, fue un fenómeno fatal que continua reflejando y reproduciendo una serie de dificultades conceptuales.

Una de las consecuencias de que la antropología siga teniendo tan presente “la creencia” como categoría analítica es que marca la tendencia de la investigación sobre el cuerpo, mostrando que hay un punto de vista social para verlo, y en esa medida se plantea la diferenciación entre “illness” (experiencia de la enfermedad) y “disease” (la enfermedad biológica) (Martínez, 2016a), con las que se empieza a generar la frontera hasta la que se le tiene permitido llegar a las ciencias sociales.

Así para hablar de la universalidad de los cuerpos humanos, hay que entender que nos estamos parando en la relación, o más bien, en la división que por largo tiempo se ha hecho entre naturaleza y la cultura, a partir de la cual, además, se ha dado una fragmentación disciplinar (Martínez, 2016a) que llega hoy a nosotros, sino de forma directa, a través de ecos que aún nos instan a pensar de cierta forma: el cuerpo como hecho biológico está por encima de lo cultural, “dotado de una sola naturaleza, aunque con la posibilidad de ser comprendido en el contexto de muchos pensamientos” (Martínez, 2016a, p. 35). Es allí donde se encuentra la raíz de tal separación, las ciencias médicas y biológicas pueden hablar sin ningún problema de esa naturaleza “única” –universal-, mientras que las ciencias sociales nos concentramos en pensar en los contextos en los cuales cobran sentido esas otras formas de comprender el cuerpo.

Detrás de esa universalidad se empieza a entrever otra de las características, más importantes, que esconde:

El cuerpo humano es el objeto privilegiado de la práctica biomédica (Freidson 1988; Lock 1993; Lock y Gordon 1988; Lock y Nguyen 2010; Lupton 2003; Scheper-Hughes y Lock 1987). Se lo anatomiza, se lo conecta a aparatos de toda índole, se lo irradia o se lo perfora, se lo examina con ojos y manos, se lo medica con fármacos y se lo pone a dieta, se lo numera, cataloga y estandariza, se lo vacuna o se lo trasplanta. Para intervenirlo, la biomedicina pone en acción un cuerpo humano que es a la vez natural y universal (Gordon 1988). Este es el principio número uno en el credo de todo médico; un axioma que rige y legitima el orden de las cosas: **el cuerpo humano es uno**

y en la medida que el médico conoce su naturaleza trascendente puede trabajar sobre él en cualquier ser humano¹¹ (Martínez, 2016b, p. 6).

No hay cuerpo humano, entonces, que no pueda ser objeto de la práctica médica, allí lo que importa es el contenido, así como una obra de arte, este necesita ser interpretado para poder ser comprendido, como si lo que dice o “es” necesitase ser traducido (mediante saberes, prácticas, protocolos, instrumentos, etc.) para adecuarlo a un esquema mental de categorías (Sontag, 2011). Este es el trabajo de la ciencia médica: acercarse a la obra de arte (en este caso el cuerpo) suponiendo que existe algo asimilable más allá de lo que se puede ver, “escarba hasta más allá del texto para descubrir un subtexto que resulte ser el verdadero” (Sontag, 2011, p. 19), por lo tanto, el cuerpo material es uno (la realidad), que solo puede ser explicado e intervenido por la biología y la medicina; en contraste con las ciencias sociales que deben fijarse en las interpretaciones (las creencias) que se han hecho desde otros esquemas de pensamiento de ese cuerpo único.

Una de las propiedades de esta forma de entender la vida, es el lugar del intérprete (científico), quien llega a suprimir o reescribir el texto, y que al pretender hacerlo comprensible, lo altera, sin admitir que eso es lo que hace, creyendo más bien que descubre el verdadero significado escondido (Sontag, 2011), es decir, al trabajar sobre el cuerpo que consideran verdadero, se anula la idea de que los saberes, prácticas, protocolos e instrumentos que permiten traducirlo y volverlo susceptible a esas categorías de pensamiento, también tienen efecto sobre la materialidad. En ese sentido la interpretación no tiene un carácter absoluto, y

¹¹ Negrilla puesta por mí, para reforzar la idea que estoy exponiendo.

“debe ser a su vez evaluada, dentro de una concepción histórica de la conciencia humana” (Sontag, 2001, p. 19).

La universalidad y objetividad puestas en acción para la atención de cualquier cuerpo humano se fracturan nuevamente ante la pregunta por el otro cultural; en el artículo de investigación “el placer y el dolor en el parto” (2006), Monserrat Catalán, una obstetra española que vivió cuatro años en Cuba, donde tuvo la oportunidad de trabajar en algunos Hospitales Materno Infantiles, expone las grandes diferencias que encuentra en la experiencia de parir entre diferentes mujeres que provienen de variados contextos culturales: “La facilidad con que parían generalmente negras y mulatas; la normalidad con que lo hacían las checas, alemanas, rusas...; y las dificultades mayores surgían en la población descendiente de españoles” (Catalán, 2006, p. 578), esto como respuesta al argumento central de su artículo: el parto no tiene por qué ser, necesariamente, un evento doloroso, para explicarlo se vale de tres argumentos: por una parte habla de la presión cultural, crecer en una sociedad con una fuerte tradición judeo-cristiana recae con todo su peso ante la sentencia “parirás con dolor, ganarás el pan con el sudor de tu frente, Multiplicaos y dominad la tierra” (Catalán refiriéndose a la Biblia, 2006, p. 578), el segundo argumento tiene que ver con las funciones fisiológicas del cuerpo, y como ninguna de estas duele cuando se realiza, y por último hace una comparación con el acto de parir en otros mamíferos que en la mayoría de veces se presenta sin ninguna expresión de dolor. Finalmente en el artículo las mujeres hablan del dolor como un contenedor de satisfacción, así la importancia de este es que permite traer una vida al mundo, y es satisfactorio en la medida que la mujer sabe y entiende que es capaz de hacerlo (Catalán, 2006).

Si bien, es claro que los argumentos entablan más preguntas que respuestas, sobre todo si desconocemos las circunstancias particulares de cada parto, y los argumentos no parecen ser

suficientes para entender por qué unas tienen más facilidad que otras en el momento de parir; el interés por traer los planteamientos de Catalán al desarrollo de esta investigación es que sirve como introducción a la no-universalidad de esta experiencia no en la atención sino en el cuerpo mismo, pero además me permite hacer una conexión con el primer capítulo de esta tesis, pues sin duda hay una heterogeneidad en las experiencias que no se tiene en cuenta al momento de atender el parto; en consecuencia mis preguntas en este momento están más dirigidas hacia comprender si lo que posibilita el placer, y otras sensaciones más allá del dolor, es la construcción de diferentes cuerpos, es decir, una anatomía que a simple vista parece universal: úteros, ovarios, óvulos, vaginas y vulvas compartidos en cientos de páginas de libros que explican cómo es y cómo funciona el aparato reproductor femenino, no son al fin de cuentas iguales en todas las mujeres, no pueden ser los mismos si posibilitan experiencias tan diferentes. No digo, con esto tampoco, que las formas, tamaños, colores y texturas cambien, aunque quisiera, no está en mis posibilidades enfrentarme a tal cuestión en este momento, más bien lo que me inquieta es que no somos esos cuerpos estandarizados, pues de serlo no nos enfrentaríamos al mundo, o en este caso a este evento de la vida, de maneras tan distintas, así con el concepto de “construir” ya no se “es” (un cuerpo dado), sino que se “hace” (un cuerpo vivido).

Reconocer que la biología y la medicina también actúan sobre el cuerpo, y en esa medida lo construyen al mismo tiempo que lo nombran, lo aprenden, lo palpan, lo auscultan, lo abren, lo enseñan, empieza a desvanecer no solo ciertas fronteras del conocimiento, sino también la universalidad y objetividad como cimientos inamovibles de su estructura, volviéndose así susceptible a otro tipo de análisis, uno en el que la materialidad no es excluida

de las posibilidades de la antropología, y donde es importante también preguntarse por el cuerpo vivido y experimentado (Martínez, 2016b).

La importancia de este viraje no descansa solamente en reconocer la posibilidad de biología locales (Lock y Kaufert 2001; Martin 1990; Napier 2012), sino también de replantear la relación entre el sujeto, con un cuerpo piel, individual y biomecánico, con la sociedad pensada como agregado de esos cuerpos (Farquhar y Lock 2007). Así, retar la idea obvia del cuerpo humano como entidad natural y trascendente puede tener implicaciones importantes para las ciencias sociales y naturales que lo estudian, pues abre nuevas posibilidades para pensar biología, sujeto y sociedad (Martínez, 2016b, p. 7).

El empeño por abandonar la mirada disciplinar sobre el cuerpo, no solamente nos libera de las cadenas “autoimpuestas” de estudiar lo que acontece en la materialidad o en lo social, dejando así de eliminar el uno u otro por oposición, sino que además permite reconocer las relaciones que desde la constitución de la modernidad hacemos para entender el mundo, y con ello también para entender el cuerpo: naturaleza y cultura, ciencia y creencia, universal y local, etc. dejan de ser contrarios (exclusivamente) para convertirse en asociaciones complejas que se alimentan mutuamente (Martínez, 216). Así entonces, el conocimiento de los profesionales de la salud sobre el cuerpo de la mujer parturienta, sus manos, los instrumentos, los medicamentos, etc. alimentan la carne, los tejidos, la sangre, el canal de nacimiento, la vagina, tanto como estos últimos a los primeros, construyendo un cuerpo, en este caso que pare, y que

se convierte en un amalgamado de estas relaciones complejas y de estos muy variados tipos de experiencias que lo alejan de la necesidad de elegir entre ser lo uno o lo otro.

De esta manera, lo que antes solo tenía posibilidades de oponerse, le da hoy sentido a este trabajo a través de la confluencia, es decir, en gran medida me interesa observar esas intersecciones, puntos de encuentro, choques y colisiones en los que el cuerpo ya no es solamente un conjunto limitado por la piel propia, sino también donde se encuentra con prácticas, lugares, instrumentos, manos y quejas que integran un nuevo cuerpo, redefiniendo los límites de este, pero también construyendo cuerpos que se salen de sí mismos para convertirse en cuerpos que traen vida y que decido llamar “cuerpos parturientos” pues exceden fronteras: y así, son carne, pero también son manos de quienes trabajan en ellos, instrumentos obstétricos, canal de nacimiento, pujo, dolor, todo al mismo tiempo, y a su vez en distintos momentos; en ese sentido es necesario pensar ¿Qué prácticas construyen los cuerpos parturientos? ¿En qué lugar se hacen? y ¿cómo se actúa sobre ellos?

En este punto me gustaría también advertir que aquí solamente puedo referirme a los relatos y narraciones de las mujeres que compartieron sus experiencias para construir este trabajo, en esa medida no puedo decretar que esta conceptualización se aplique para todas las mujeres, para todos los profesionales de salud y sus prácticas.

“Cuerpos parturientos” del suceso al proceso

Lo que en principio se presentó como una dificultad metodológica, posteriormente logró ampliar el marco en el que estaba pensando los cuerpos; al iniciar la investigación estaba absolutamente centrada en el momento de parto como eje único para pensar esta experiencia dentro de la vida de las mujeres. Precisamente fue intentando encontrar más información, que

empezó a surgir el parto como proceso y no solamente como acontecimiento, esto sumado a la participación de la clase “materialidades, tecnología y conocimientos médicos” que es donde realmente se empieza a manifestar la idea de “cuerpos parturientos”.

Si bien entiendo que es urgente discutir los puntos de encuentro entre la carne y las prácticas, circunstancias y lugares, le propongo que espere un poco más, pues considero importante primero poder exponer el razonamiento detrás de la conceptualización, es decir ¿cómo resuelvo llamar “cuerpos parturientos” a estos cuerpos vividos que resultan de la experiencia?, en consecuencia, es necesario primero hablar del argumento detrás del planteamiento del “cuerpo” en plural, para esto se hace necesario volver a la intención de interrogar la concepción “natural” del cuerpo, y hablar de la no-universalidad del mismo: como vimos las 6 mujeres con las que tuvo la oportunidad de conversar en el primer capítulo, pasaron por instituciones hospitalarias, estuvieron en las manos de profesionales de la salud, fueron atendidas bajo las mismas disposiciones protocolarias, y aun así vivieron experiencias de parto sustancialmente diferentes, lo que nos permite dudar aún más de la estandarización de vaginas, úteros, canal de nacimiento como argumento de una atención si se quiere mecanizada, en esa medida es consecuente dejar de llamarlo “uno” y entonces empezar a denominarlo a través de la pluralidad que implica pensar de esta manera, además que permite enfatizar en el hecho de que estamos hablando de muchos a pesar de estar describiendo uno solo.

Aunque no está plasmado en todos los relatos, y de hecho, ahora que lo pienso, no es tan visible en el texto; las mujeres con las que tuve la oportunidad de conversar empiezan a narrar la experiencia de parir en sus cuerpos mucho antes de entrar a las salas de parto: ya sea desde el momento por el que estaban pasando cuando se embarazaron, algún incidente que sucedió en los controles previos, o quizás las preguntas que les hacían sus mamás, o quién las

guiara en estas circunstancias; lo que me llevó a pensar en esos otros momentos en los que el parto se empieza a manifestar en los cuerpos, no necesariamente en forma de contracción o dolor, sino en términos de vivencia; así se hace recurrente la necesidad de buscar una palabra que me permita representar de alguna forma el movimiento al hablar del parto como un proceso y no como un solo acontecimiento, que antes iniciaba en el trabajo de parto y terminaba con el nacimiento, pero que ahora son unos cuerpos que se extienden más allá de las salas de parto, que existen tanto antes como después de pasar por esta; la palabra “parturientos”, para completar el concepto de “cuerpos parturientos”, me parece una respuesta a esta necesidad de simbolizar dicha transformación, esta palabra está conectada etimológicamente a la palabra parto, porque este se presenta como un eje alrededor del cual giran esas otras manifestaciones del cuerpo, este es un punto de fuga desde el que parten y al que llegan estas vivencias, es decir lo que sucede antes el parto, lo tiene a la vista como un punto en el horizonte al que va a llegar, y después de que este ha ocurrido queda atrás aun marcando la experiencia sobre el cuerpo.

Entiendo que esta parece una conversación bastante abstracta, casi que conmigo misma, así que me gustaría que volvamos a conversar con Leyda, para aterrizar estos elementos que acabo de exponer a través de un ejemplo, recordemos que ella empieza a narrar la experiencia sobre su cuerpo desde la situación de su vida: un matrimonio feliz, la disposición de aprender sobre el parto, la asistencia a los cursos psicoprofilácticos, los controles, las ecografías, todo esto teniendo siempre presente “la meta” del parto, después cuando ya empiezan los dolores del trabajo de parto llegan al hospital, y se enfrentan a los papeleos, la incertidumbre de no entender los tiempos propios, en relación con lo que dicen los médicos, el dolor constante, la ruptura de membrana, la aplicación de medicamentos, todo nuevamente en función del parto, finalmente cuando este ya sucedió y parece que la acción sobre el cuerpo ya estaba en el

pasado, entran los problemas con los puntos de la episiotomía, los problemas con sus pezones por amamantar y la depresión post parto; de nuevo todas prácticas, o sucesos que se relacionan con el parto y que hacen parte de la manifestación de esos cuerpos parturientos a los que me refería más arriba.

Para mí, el resultado de estos planteamientos desemboca en este punto: los “cuerpos parturientos” son cuerpos excedidos. Excedidos en experiencias, en sentidos, en tiempos, en dolor, son lugares liminales entre la carne y los instrumentos para intervenirlos, entre su piel y las manos que los tocan, campo de batalla entre sus intuiciones y la ciencia. Estos cuerpos se desbordan sobre sí mismos, porque de no estar embarazados no serían objetos y sujetos de tales intervenciones, son cuerpos que se diferencian de los otros de las mujeres que no están embarazadas, pero que también son diferentes de sí mismos antes del embarazo.

Convertida en etnógrafa: “cuerpos parturientos” en la práctica sobre el propio cuerpo

Teniendo en cuenta que en esta parte de la tesis pretendo hablar de la forma en las que la medicina interviene, interactúa, y hace cuerpo, es evidente que debe desarrollarse alrededor de las prácticas, los escenarios, los tiempos en los que esto sucede, sin embargo, y aunque parezca repetitivo es necesario retornar nuevamente a la división disciplinaria que nos trajo hasta aquí: la ciencias sociales no deberían inmiscuirse en asuntos de biología; para eso la división entre naturaleza y cultura ha marcado nuestros caminos; de modo que, en realidad, no tengo acceso directo al espacio en donde se presentan los eventos en que quiero concentrarme.

En vista de que hacer una etnografía en las salas de parto, lugar privilegiado de nacimiento en la medicina, no está a mi alcance, decido fijarme en las mujeres que finalmente son las que viven sus cuerpos. De esta forma, sitúo mi interés en los relatos que hacen ellas

sobre sus propios procesos de embarazo y parto, partiendo de la idea de que ellas pueden ser sus propias etnógrafas, y no con esto, solamente de su experiencia, perspectiva y sentimientos, que son muy importantes, sino también como alguien que puede decir cómo los “cuerpos parturientos” se hacen en la práctica; en este sentido “lo que las personas dicen en las entrevistas no solamente revela su perspectiva, sino que también hablan sobre los eventos por los que han pasado”¹² (Mol, 2002, p. 15).

Entre clínicas y hospitales: controles, trabajo de parto y nacimiento

Parece que los “cuerpos parturientos” estuvieran escondidos detrás de todo un estandarte teórico, aunque en parte es cierto, hay que saber dónde mirar para que este empiece a manifestarse con más naturalidad; en ese sentido vale la pena que nos situemos por un momento en la idea del “performance” en la investigación de las identidades de género, pues esta nos brindara luces de la dirección a la que debemos dirigirnos, esta idea nos permite, apartarnos un poco del ser, y más bien nos acerca al hacer, ¿qué nos hace mujeres? Por ejemplo, allí la vagina ya no es un órgano “capaz por sí mismo de convertir a alguien en mujer” (Mol citando a Butler, 2002, p. 38). Ya no se es mujer, no hay un guion que diga cómo serlo, ahora se construye a través y en el hacer, que depende de los escenarios y los objetos que necesite para ello; no es lo mismo hacer mujer en el supermercado, que en el salón de clases (Mol refiriéndose a Butler, 2002), tampoco entonces, en el hospital, pues la escena del performance no es la misma. Todo esto para decir que “los performance no son únicamente sociales, sino también materiales” (Mol, 2002, p. 40), los objetos toman parte en la manera en que las

¹² Traducción hecha por mí

personas escenifican su identidad. Se trata entonces de entender que los objetos, y las prácticas son más que accidentes históricos, y tienen presentes complejos.

La invitación es entonces a fijarnos en las prácticas, las palabras, los instrumentos que los profesionales de la salud utilizan en el tratamiento de los cuerpos, pues el conocimiento detrás de estas prácticas no reside en el sujeto (profesional de la salud) únicamente: “el conocimiento no reside en las mentes, los materiales están activamente comprometidos en el enactuar de la realidad” (Mol, 2002, p. 40) y se establece también en los lugares, los fórceps, las agujas, la anestesia, el bisturí, etc. La importancia entonces de la performatividad de los objetos, instrumentos y prácticas durante el proceso de parto, es que brindan una identidad particular a las mujeres, en este caso convierte sus cuerpos en “cuerpos parturientos”.

Sé que la segunda parte de este capítulo ha dejado de ser un terreno llano, y las explicaciones detrás mi razonamiento ya no parecen una ruta con un objetivo fijo, sino un deambular de idea a idea; sin embargo le aseguro que estamos llegando al punto en el que podremos ilustrar este concepto, gracias a la información que nos brindan las historias de las mujeres que, no solo vivieron en carne propia la experiencia, sino más bien que fueron los “cuerpos parturientos”.

Para facilitar dicha ilustración, recorreremos de cierta manera el camino al que se enfrentaron, o se enfrentan las mujeres, al parir, y que pudimos leer a grandes rasgos en los relatos; los controles mensuales parecen aparecer en primer lugar, ya cuando se presentan los dolores o se programa el parto está el encuentro con el papeleo, pero además la revisión para que los profesionales decidan si es momento de que la mujer se quede o no haciendo trabajo de parto en el hospital, después de haber sido internada se presentan las diferentes prácticas: los tactos, que pueden terminar en tener que caminar dependiendo de la dilatación, uso de

medicamentos para la inducción del parto, la aceleración de las contracciones o para anestesiarse el cuerpo; ya en la sala de parto los instrumentos y/o las prácticas: la camilla para parir, la posición en que está ubicada, los fórceps, la maniobra kristeller que también puede ir acompañada de la episiotomía, los cortes ya sea de esta última práctica o de la cesárea ; para pasar finalmente a la sala de recuperación que involucra el amamantar y la recuperación de las heridas.

El encuentro con lo que se dice...

Es difícil aproximarnos a este punto, pues todo el tiempo estamos hablando, pero intentemos devolvemos a los relatos, y veremos que en definitiva hay un lenguaje, si no repetitivo, específico para hablar con la mujer y de la mujer: “se le va a salir ese chino” “todavía le falta mucho” “usted no es la única” “usted no sabe” “súbase, bájese, haga así” “entre más grite, menos atención le pongo” “haga de cuenta que va a hacer del cuerpo” “le toca solita” “mamita” “mamá” “todo el mundo lo hace así” “pero coja a su bebé” “¿ya le dio teta?” “así no se le da teta”, no quisiera parecer una terrorista con estas frases, ni más faltaba, pero no podemos ignorar el hecho de que hay un lenguaje muy marcado por la descalificación de la intuición del propio cuerpo, aunque esto también está atravesado por el factor económico, como vimos es menos frecuente encontrarse este tipo de lenguaje cuando el servicio de salud es complementario o prepago; Sandra, por ejemplo, no tuvo que enfrentarse a estas frases, por una parte porque era una cesárea , pero también porque su servicio era complementario, aun así el que sabe es el profesional de salud siempre, por ejemplo Leyda en su segundo parto sabía que la bebé tenía otro tiempo para nacer, sin embargo la médico programó todo según sus cuentas y este era un servicio privado. En otros trabajos ya se ha dicho, pero vale la pena

repetirlo el hecho de denominar a las parturientas como “mamita” “mamá”, le quita singularidad a la mujer, ya no es un sujeto por sí misma, ya no es ella, ahora es el espacio en el que existe el bebé, ella no importa tanto como él o la bebé, por eso a la “mamita” se le puede intervenir de todas las formas, porque se prioriza un sujeto sobre otro, cuando en realidad no debería pesar más una vida que otra, en el sentido literal y metafórico de la palabra. Estas prácticas, sin duda tienen un efecto sobre el cuerpo, lo “amordazan”, y entonces los cuerpos parturientos se hacen en silencio.

El encuentro con las manos...

Es fundamental que no perdamos de vista las manos de los profesionales de la salud, en ellas se concretan varios aspectos importantes para entender cómo se vuelven cuerpo; por una parte hay una disputa de largo aliento en el uso de las manos, como vimos en la historia de la obstetricia, el hecho de que las parteras usaran sus manos al igual que los cirujanos para intervenir el cuerpo, era un asunto de desaprobación, lo que diferenciaba a un buen obstetra de una persona no profesional, era el uso de instrumentos, así los fórceps le daban autoridad y certeza de su quehacer; con el pasar de los años y la estrecha relación de la obstetricia y la cirugía para llevar a cabo cesáreas y otros procedimientos, las manos son transformadoras de una mentalidad, que nuevamente sirvió para asegurar la posición de sabedor del médico, eso si no dejamos de lado el hecho de que para que se cree ese estatus, la mano igualmente debía estar acompañada de algún instrumento, pues es en esa extensión del cuerpo del obstetra donde se consolida su poder.

Ahora bien, la mano como instrumento también está presente durante el proceso de parto, la mano palpa, se introduce, ausculta, pero también presiona, empuja, acelera: la mano como instrumento de medición debe ser introducida en la vagina, insertando los dedos índice y medio lubricados, hasta llegar a tocar el cérvix, deben estar unidos y rígidos, oprimiendo el periné hacia abajo, de tal manera que permita reconocer el estado de la vagina y el periné (Ballesteros; López & Martínez, 2012), como podemos recordar, esta es una práctica que en muchas ocasiones puede incomodar a la mujer, según cómo sea llevada a cabo, Patricia por ejemplo vivió la experiencia con dos médicos, que se aproximaron de manera muy distinta a su cuerpo; o Diana sintió que el abuso de esta práctica la hizo sentir como un experimento; sin embargo es muy utilizada porque permite dar cuenta del estado del trabajo de parto, así “El parto se inicia cuando es de 2-3 centímetros y llega a la dilatación completa cuando no se alcanza el cuello por delante de la presentación, que suele ser a los 10 centímetros” (Ballesteros; López & Martínez, 2012, p. 5), además esta introducción permite sentir el borramiento del cuello uterino, que frecuentemente indica que está por iniciar el periodo expulsivo (Guerrero & Puertas, 2008). Los cuerpos parturientos en este caso se manifiestan en la introducción de la mano, aunque pareciera que el cuerpo está indicando la medida, en realidad es la mano la que dicta, es decir la mano del médico se vuelve parte del cuerpo en esta relación, pues el cuerpo por sí mismo, sin esta intervención no podría dictar una medida, podría por otros medios mostrar que está listo para expulsar, pero nos interesa hacer un énfasis en este punto pues aquí nos damos cuenta del hacer de la medicina sobre el cuerpo.

La mano que empuja y acelera, se presenta en la maniobra de Kristeller que consiste en una presión en el fondo uterino para la ayuda del expulsivo” (Rengel, 2001, p. 82) es decir, hacer presión con las manos durante 5 a 8 segundos en la parte alta del abdomen para provocar

la presión, y posterior expulsión del bebé (Rengel, 2001); gracias a Diana y a Lizeth, vemos que esta maniobra tiene un peligro latente, a pesar de que en el caso de Diana finalmente si ayudó a terminar la expulsión de la bebé, le dejó consecuencias para toda la vida, mientras que con Lizeth los esfuerzos fueron infructuosos, pues al final procedieron a hacer cesárea , sin embargo en ambos casos, ya no era la mano la que se convertía en parte de los cuerpos parturientos, sino era casi otro cuerpo sumándose, la práctica al final resulto en el uso del propio cuerpo de las médicas para que tuviera efecto sobre el cuerpo de la parturienta.

El encuentro con los instrumentos...

Es difícil separar instrumentos y prácticas, pues estos se necesitan mutuamente para tener sentido en el ejercicio sobre el cuerpo, no quiere decir que las cosas que describí anteriormente no sean prácticas sobre el cuerpo, claro que sí, solamente que para facilitar el proceso de escritura y quizás de lectura, decido exponerlas de esta forma.

La tecnología que se ha desarrollado alrededor del parto, ha permitido reforzar la idea de que sin ella no se puede afrontar esta experiencia, como lo vimos en la historia de la obstetricia (nuevamente), el temor constante de que pueda ocurrir algo malo y no tener a mano los instrumentos necesarios para salvar la situación, son un argumento casi infalible para la aceptación tanto de su uso, como del desplazamiento hacia los hospitales, que es un tema que tocaremos más adelante.

Como mencioné en el apartado “merodear cuerpos, interrogar verdades”, la medicina hace cosas en el cuerpo a través de las intervenciones, sin aceptar realmente que esto es lo que hace, en respuesta a esto es que decido hablar de los cuerpos parturientos, para intentar hacer

visible que estos procedimientos tienen un efecto en el cuerpo; más allá de intervenirlo, lo construyen, y delimitan una forma específica de parir. La primer práctica que constituye de manera significativa la forma de parir, es la ruptura de membranas, en todos los casos en los que no estaba programada la cesárea, los médicos rompieron la membrana, haciendo por si mismos el “rompimiento de fuente”, esto tiene varias consecuencias, en principio la idea es acelerar la expulsión del bebé, pero en caso de no funcionar sirve también como una herramienta para presionar a las mujeres: “mamita, tiene que apurarse no ve que su bebé se puede morir porque no tiene líquido”, una medida que en muchas ocasiones prioriza el tiempo del sistema de salud, del médico, del turno, y no el de este cuerpo que está pasando por esa situación.

Otro instrumento bastante utilizado, son los fármacos, primero nos enfocaremos en los de carácter inductivo: Lizeth, Patricia, Leyda y Diana, nuevamente en los casos en los que no hay cesárea s programadas, se aplicó oxitocina, ya fuera a través del suero o directamente en la vena; los cuerpos de estas mujeres respondieron a esta intervención con un exceso de dolor, que quizás no hubiesen tenido que sentir de esa forma si hubiesen esperado los propios términos de su proceso, en consecuencia los cuerpos parturientos se vuelven contenedores de un dolor no por su propia acción de ensanchamiento, sino por el uso de un agente externo para estimularlos. La anestesia, también es un fármaco fundamental para los cuerpos parturientos, ya sea porque el parto fue inducido como acabamos de mencionar, o por la propia respuesta a las transformaciones naturales que está viviendo; el dolor es una situación insostenible, ¿quién, sabiendo que tiene la posibilidad de no sentir dolor, escogería seguir sintiéndolo?, nuevamente volviendo a la historia de la obstetricia, el hecho que se pudieran eliminar este factor del momento del parto, creó una mentalidad que supera el discurso científico, y asegura una

posición de poder a quien puede eliminarlo definitivamente, así esto también permite que las mujeres acudan más a esta atención, y lo refuerza.

¿“los cuerpos parturientos” no deberían sentir dolor?, En este punto quiero tener especial cuidado, porque todo lo que voy a decir está basado en puros supuestos, además sé que es muy atrevido lo que diré porque nunca he pasado por una situación de este tipo, y no imagino cual sería mi respuesta real ante un momento tan intenso, pero aun así me siento obligada a decirlo, la anestesia hace cuerpos parturientos sin consciencia sobre sí mismos, no quiero trivializar el dolor, de ninguna manera, pero quiero plantear un ejemplo que pueda entender también alguien que no ha tenido bebés: nunca somos más conscientes de alguna parte del cuerpo, que cuando está lastimada, por ejemplo cortarse un dedo, uno no es consciente de cuánto usa ese dedo hasta que está en ese estado ajeno al resto de su mano, así que usted conscientemente responde a ese dolor, intentando no lastimarlo más; pues bien ahora trasladando el dolor a la vagina, el útero y el canal de nacimiento, eso es lo que le da consciencia, lo que le avisa que está en un estado ajeno a la normalidad, además anuncia el momento de pujar, de hacer fuerza. Podíamos ver en la conversación con Leyda que ella no tiene ninguna queja, de hecho le parece que la calidad de la atención médica la puede medir por la urgencia con la que le aplicaron medicamentos y la cantidad de gente que había para atenderla, sin embargo, también advierte un punto muy importante:

En el momento de que la bebé naciera, pues no tenía como pujar, ni sabía, porque mi cuerpo estaba dormido de la cintura para abajo, entonces los médicos me decían la señal de cómo hacerlo y se entrelazaban los brazos y me bajaban la bebé porque yo no sabía cómo

En una conversación con una amiga que ya ha tenido hijos, al margen de esta investigación, pero que nos sirve para seguir discutiendo con la anestesia como práctica recurrente, me menciono el hecho de que ella sabía las implicaciones de la anestesia y los riesgos, pero igual decidió pedirla porque ella no quería ser ninguna heroína, simplemente quería pasar por ese proceso con el menor dolor posible, lo que no está bien, ni mal, aquí no se trata de juzgar quien opta por una opción u otra; más bien nos permite establecer el profundo efecto que tiene esta práctica sobre nosotras.

La silla de parto es otro instrumento distintivo de la forma de parir en nuestras instituciones hospitalarias; gracias a lo que nos contaron en el primer capítulo, podemos saber que esta se encuentra en un cuarto separado al que solo se recurre cuando la mamá está a punto de parir, en ocasiones puede ser una mesa metálica con las posaderas para las piernas, como en el caso del hospital en el que estuvo Patricia, una mesa forrada en cuero, pero también con posaderas de piernas, para mantenerlas abiertas, aunque no siempre se usen pueden tener correas que permiten fijar las piernas, para que la mujer no se mueva; este instrumento está en el centro de un fuerte debate, porque se presenta como una herramienta para la comodidad de quien atiende el parto y no de la mamá que está pariendo; en esta camilla concluye el trabajo de parto, pero se conciben los cuerpos parturientos indefensos, que no tienen independencia para moverse, ni para decidir, porque no hay más opciones.

El encuentro con los lugares...

Hay cuatro lugares en los que se hacen los cuerpos parturientos, al menos en este trabajo: el consultorio, la sala de trabajo de parto, la sala de parto y la sala de recuperación;

todos estos ajenos a nosotras, a no ser que seamos profesionales de la salud, no es tan frecuente que uno tenga una relación estrecha con estos lugares.

En los consultorios se presentan los controles mensuales del embarazo, allí se realizan prácticas que constituyen posteriormente los cuerpos: las ecografías, medición, peso, auscultamiento; brindan consciencia del cuerpo que está dentro del cuerpo, allí se manifiestan los latidos de ese pequeño corazón, determinan el sexo de el o la bebé, pero también si hay algún riesgo en el cuerpo de la madre; aunque no es mucho el tiempo que se pasa en estos lugares, en definitiva tiene un efecto en la relación que se crea con el propio cuerpo, si hay que cuidarlo más porque el peso no es el apropiado, que la presión no sea un indicador de preclamsia, o algo más grave, al igual que si el o la bebé se encuentra en óptimas condiciones adentro, como vimos en varios casos, son los últimos controles los que determinan dónde y cómo puede ser el parto, haciendo cuerpos parturientos escrupulosos en lo que tiene que ver consigo misma, esto teniendo en cuenta los casos de las mujeres con las que conversamos, lo que puede diferir, sin duda alguna, en la construcción de otros cuerpos.

Las salas de trabajo de parto y posteriormente de parto, son lugares en los que hay muchas personas, pero aun así se está desatendida, en las primeras dependiendo de la duración de la estancia de las mujeres se hacen mejor o peor, allí normalmente hay otras mujeres en trabajo de parto, el numero puede variar de entre dos a más de diez dependiendo del tipo de servicio de salud al que se tenga acceso, normalmente no hay ninguna división, solo camillas, el ver a otras mujeres pasar por el mismo proceso a veces se vuelve aterrador, nunca falta la sangre, quien grite, quien llore, o inclusive ellas mismas están en esa situación, en muchas ocasiones se repite la queja de que son lugares fríos, oscuros, donde no pueden consumir ningún alimento por el constante riesgo de tener que hacer una cesárea , para evitar

complicaciones con la anestesia; son lugares a los que solo tienen acceso las mujeres que van a parir, como consecuencia los cuerpos parturientos se manifiestan como solitarios, y quizás desatendidos nuevamente dependiendo del servicio de salud, asustados.

Las salas de recuperación por lo general, son lugares más tranquilos, que han dejado atrás algo del caos y la angustia de las horas anteriores, si el bebé no tiene ningún inconveniente puede estar en recuperación con la mamá, de lo contrario lo llevan a la sala de neonatos para ponerlo en incubadora, y tenerlo bajo observación; La mayor exigencia de este lugar es que no importa la experiencia de la mujer, si es primeriza o no, se espera que sea una mamá diestra; sin tener en cuenta las particularidades de cada mujer se le exige que sepa amamantar, sacar los gases, bañar, poner un pañal, vestir cargar, etc. De no responder como se espera del “ideal” de madre, lo más probable es que las mujeres se vean reprendidas, así como lo vimos con Lizeth, que aparte fue objeto de regaños por parte de las enfermeras porque no sabía amamantar.

En cierta medida, la obstetricia vuelve y casi en un movimiento circular regresa al útero como eje fundamental de la mujer, que la define y a partir de cuyo entendimiento se puede atender, pues en realidad en el proceso del trabajo de parto, las mujeres se convierten en contenedores, que se pueden intervenir, cortar, magullar, gritar, obligar, bajo el pretexto de lo que guardan adentro, son como un gran útero, que no tiene voz, que no reclama, que solo existe en función de la vida que contiene; Así el embarazo y el parto dejan de ser únicamente un evento biológico que se presenta sobre los cuerpos, sino que también es discutir con las enfermeras por atención, es la anestesia, es la silla ginecológica, es canal de nacimiento, etc. en consecuencia el embarazo y el parto son algo que hace la mujer, pero también es algo que se le hace a ella.

CONCLUSIONES

Empezar a pensar en el concepto de “cuerpos parturientos” implicó interrogar las ideas de universalidad que están detrás de las ciencias médicas, la justificación de los cuerpos estandarizados, de la materialidad compartida como fundamento para intervenir la enfermedad, o en este caso el embarazo y el parto. Este intento por desnaturalizar la atención del parto implicó también hablar del juego disciplinar en el que se encuentra atrapado nuestro esquema mental, y que en muchos casos parece una cárcel, cuya llave es la intromisión de las ciencias sociales en asuntos de la biología, no para pensar el lado “social” de la experiencia de parir, sino para irrumpir en la idea que tenemos de que la medicina toca los cuerpos sin tocarlos, o mejor que los toca sin transformarlos, y que permite dejar de dar por sentado que la objetividad y el carácter científico que usa para comprenderlos los blindan de alterarlo.

Así los cuerpos parturientos primero dejan de ser suceso y se convierten en proceso, es decir, se salen de la idea de que estos cuerpos solo son tales cuando están en trabajo de parto, la experiencia de parir puede empezar con la primera ecografía, con el primer ultrasonido, inclusive con la simple idea de estar embarazada. Después estos cuerpos se manifiestan en la diversificación, las experiencias múltiples aún estando en el mismo sistema hacen dudar de la estandarización nuevamente. Estos cuerpos también son lugar, el hecho de haberse convertido en proceso extendernos más allá de las salas de parto, y así presentarse desde los consultorios, hasta llegar a las salas de recuperación. Pero que además permiten entablar una crítica con un sistema que nos pide ser madres, pero que nos habla lo menos posible de los cuerpos que cargan bebés adentro.

Finalmente los cuerpos parturientos son todos esos excesos, de procesos, de tiempos, de lugares, de espacios y de conocimientos, son cuerpos que desbordan el cuerpo de quien no

está embarazada, o de sí misma cuando no lo estaba, “cuerpos parturientos”, que le permiten hacer parto, pero que a la vez hacen su parto.

Durante la realización del trabajo de investigación, de consulta y de campo, encontré que en muchas ocasiones se llegaba al punto en el que se le pide a los médicos cambiar de conductas, inclusive las leyes que se crean contra la violencia obstétrica, se centran en re educar médicos para que dejen de lado los protocolos y la mecanicidad que puede presentarse al hacer un trabajo todos los días; se hacen decálogos, se crean castigos, todo con el fin de que se “humanice” el parto, sin embargo creo que estamos apuntando a un objetivo equivocado; no se trata de hacer que las personas cambien; se trata de re pensar un sistema alrededor del cuerpo. Como primera medida una obstetricia que se acerque a los cuerpos a través de las preguntas que este puede generar y no a través de la creación de instrumentos para intervenirlo. Sé que es muy difícil soñar con un tipo de atención diferente en un sistema de salud en el que esta es un servicio y no un derecho, pero no necesitamos profesionales que lo sepan absolutamente todo, más bien requerimos gestores de salud que se atrevan a relacionarse de manera distinta con “las pacientes”. Además necesitamos salir de los hospitales como lugares de nacimiento, el hecho de que normalmente cuando se habla de instituciones hospitalarias uno piense en enfermedad y muerte, debería ser suficiente motivo para retornar a los hogares, dónde las mujeres se sientan cómodas, donde estén acompañadas, y no tengan miedo de hablar.

Sin duda pensar este concepto requiere más tiempo y espacio, en esa medida espero seguir profundizando en las aguas de la medicina y la biología, que hasta ahora parecen oscuras, pero que espero con el tiempo se vayan aclarando, en ese sentido sería interesante que mi trabajo pudiese servir para aportar a las preguntas que hasta ahora se le empiezan a hacer a

estas ciencias que alguna vez parecían tener todo bajo control, pero que hoy se vuelven terrenales ante nuestros ojos.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Agudelo, C; Cardona, J; Ortega, J; Robledo, R. (2011). Sistema de salud en Colombia: 20 años de logros y problemas. Artigo Article. *Ciência & Saúde Coletiva*, 16(6):2817-2828. Recuperado a partir de <http://www.scielo.br/pdf/csc/v16n6/20.pdf>

Arguello, H; Mateo, A. (2014). Parteras tradicionales y parto medicalizado, ¿un conflicto del pasado? Evolución del discurso de los organismos internacionales en los últimos veinte años. *Revista LiminaR Estudios Sociales y Humanísticos*, núm. 2, México. Pp. 13-19. Recuperado a partir de <http://www.scielo.org.mx/pdf/liminar/v12n2/v12n2a2.pdf>

Ballesteros, C; López, M & Martínez, C. (2012). La exploración vaginal durante la asistencia al parto. *Revista científica de enfermería. Procedimientos* ISSN: 1989-6409. Recuperado a partir de http://recien.scele.org/documentos/num_4_may_2012/proced_explorac_vaginal_durante_asistenc_parto.pdf

Blackwood, A. *Materia Medica Terapéutica Y Farmacología Homeopática Con Índice Clínico*. [Traducido al español de A Manual of Materia Medica: Therapeutics & Pharmacology With Clinical Index] B. Jain Publishers Ltd Recuperado a partir de <https://books.google.com.co/books?isbn=8170219825>

Bohórquez, C. (2017). Las parteras del Pacífico, un tesoro en medio de la miseria. Portal web EL TIEMPO. Colombia. Recuperado a partir de <http://www.eltiempo.com/colombia/cali/parteras-del-pacifico-una-tradicion-que-se-resiste-a-morir-64236>

Cafam. (s.f). ¿Qué es Cafam? Modelo. Página web Cafam. Colombia. Recuperado a partir de <https://www.cafam.com.co/TodoSobre-Cafam>

Calderón, J; Bravo, J; Albinagorta, R; Rafael, P; Laura & Flores, C. (2008). Parto vertical: retornando a una costumbre ancestral. Revista peruana de Ginecología y Obstetricia, Vol. 54, núm. 1. Pp.49-57. Sociedad Peruana de Obstetricia y Ginecología. San Isidor, Peru. Recuperado a partir de <http://www.redalyc.org/pdf/3234/323428187011.pdf>

Catalán, M. (2006). El placer y el dolor en el parto. Medicina Naturista, N 10. Pp. 578-588. ISSN 1576-3080 Recuperado el 25 de marzo de 2015, a partir de <http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=1986334>

Cecolfes. s.f. ¿Quiénes somos?. Colombia. Recuperado a partir de <http://www.cecolfes.com/es/cecolfes/bienvenidos-cecolfes>.

Clifford, J. (1995). Sobre la autoridad etnográfica. Dilemas de la cultura. Antropología, literatura y arte en la perspectiva posmoderna. Recuperado a partir de <http://www.ramwan.net/restrepo/teorias-antrop-contem/sobre%20la%20autoridad%20etnografica-clifford.pdf>

Colprensa. 2015. Ventajas y desventajas del pos y los planes de medicina prepagada. El Universal portal web. Recuperado a partir de <http://www.eluniversal.com.co/colombia/ventajas-y-desventajas-del-pos-y-los-planes-de-medicina-prepagada-195571>

Comfenalco. (2011). ¿Qué son las cajas de compensación?. Página web Comfenalco. Antioquia, Colombia. Recuperado a partir de <http://www.comfenalcoantioquia.com/Default.aspx?tabid=238&id=161>

Conde, F. (2011). Parteras, comadres, matronas: evolución de la profesión desde el saber popular al conocimiento científico. Academia de ciencias e ingeniería de Lanzarote. Discurso leído en el acto de su recepción como Académico Numerario. España. Recuperado a partir de <http://www.academiadelanzarote.es/Discursos/Discurso%2049.pdf> ´

Ehrenreich, B & English, D. (2006). Brujas, Parteras y Enfermeras: Una historia de sanadoras femeninas. 3ª ed. Publicado en los EE.UU. por The Feminist Press. Recuperado a partir de <https://we.riseup.net/assets/217402/brujas-parteras-y-enfermeras%201%20.pdf>

Famisanar. (s.f). Reseña histórica de la EPS. Página web EPS famisanar, Nuestra empresa. Colombia. Recuperado a partir de <http://www.famisanar.com.co/nuestra-empresa/resena-historica/#>

Fisgativa, D. (2014). “Doulas”, la reinención de las parteras. Archivo digital portal web El Tiempo. Colombia. Recuperado a partir de <http://www.eltiempo.com/archivo/documento/CMS-13888776>

García, N. (1991). ¿Construcción o simulacro del objeto de estudio? Trabajo de campo y retórica textual. Recuperado a partir de <http://es.scribd.com/doc/80278635/Construccion-o-simulacro-del-objeto-de-estudio-Trabajo-de-campo-y-retorica-textual#scribd>

Gobierno de Colombia. (s.f). ¿Qué es el Sisbén? ¿Para qué se usa el Sisbén?. Departamento Nacional de Planeación. Página web. Recuperado a partir de <https://www.sisben.gov.co/sisben/Paginas/Que-es.aspx>

Good, B. (2003). Medicina, racionalidad y experiencia [Traducido al español de Medicine, rationality, and experience]. España. Edicions Bellaterra, S.L.

Guerrero, T; Puertas, A. (2008). DISTOCIAS DINÁMICAS: CONDUCTA. Clases de residentes 10 de Enero. Servicio de Obstetricia y Ginecología Hospital Universitario Virgen de las Nieves Granada. España.

Jácome, A. (s.f). Sánches Torres, Académico ejemplar. Portal Web Academia Nacional de Medicina de Colombia. Recuperado a partir de <http://anmdecolombia.net/index.php/50-home/noticias1/sesiones/430-sanchez-torres-academico-ejemplar>

Jan, C. (2012). Otra forma de violencia de género: la violencia obstétrica. El país.com. Recuperado a partir de http://elpais.com/elpais/2012/11/23/actualidad/1353709369_135370.html

Lindón, A. (2004). Las huellas de Lefebvre sobre la vida cotidiana. Revista Veredas. N°8, pp. 39-60. primer semestre. Universidad Autónoma Metropolitana. Recuperado a partir de <http://www.lefthandrotation.com/museodesplazados/download/Lindon%20-%20Las%20huellas%20de%20Lefebvre%20sobre%20la%20vida%20cotidiana.pdf>

Lulle, T., & Zamudio Cárdenas, L. (1998). Los usos de la historia de vida en las ciencias sociales. Madrid : Anthropos ; CIDS, 1998.

Martín, V. (2011). Lóbulo anterior de la hipófisis (adenohipófisis), H-E 1,5 um. Clase/ Histología de la Hipófisis (Glándula pituitaria), con correlaciones funcionales. We Sapiens.org. Recuperado a partir de [http://www.wesapiens.org/es/class/1528089/file/7/L%C3%B3bulo+anterior+de+la+hip%C3%B3fisis+\(adenohip%C3%B3fisis\),+H-E+1,5+um](http://www.wesapiens.org/es/class/1528089/file/7/L%C3%B3bulo+anterior+de+la+hip%C3%B3fisis+(adenohip%C3%B3fisis),+H-E+1,5+um)

Martínez, Á & Pardo, T. (2001). Un conflicto profesional, un conflicto moral y un conflicto de género: los debates en torno a la atención al parto en la ilustración. Cronos:

Cuadernos valencianos de historia de la medicina y de la ciencia, 4 (1-2)3-27. Universidad de Valencia. Recurado a partir de <http://hdl.handle.net/10261/43101>

Martínez, C; Siles, J. Martínez, E. (2014). Los manuales escritos por matronas europeas (1609-1710). Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca. Facultad de Enfermería. Recuperado a partir de http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1132-12962014000100023&script=sci_arttext

Martínez, S. (2016a). Hacer arteria carótida en el Laboratorio de Anatomía. Práctica y materialidad en una asignatura de Medicina. Revista Colombiana de Sociología, 39(2), 31-47.

Martínez, S. (2016b). El cuerpo en anatomización: Práctica, Materialidad y Experiencia en el Anfiteatro Médico Contemporáneo. Trabajo de grado para optar al título de Doctor en Antropología. Universidad de los Andes. Colombia.

Ministerio de Salud. (s.f). Boletín de Prensa: El régimen subsidiado es para todos los pobres. Gobierno de Colombia. Recuperado a partir de <https://www.minsalud.gov.co/salud/Paginas/R%C3%A9gimenSubsidiado.aspx>

Mol, A. (2002). The body multiple: Ontology in medical practice. Duke University Press.

Mujeres Bachué. (2016). Partería y medicina gestacional. Página Web Mujeres Bachué: el poder de creer y de crear. Colombia. Recuperado a partir de <https://www.mujeresbachue.org/copia-de-parteria-y-medicina>

Nacersano. (2012). Prepárese para el parto. Marcho of dimes portal Web. Recuperado a partir de <http://nacersano.marchofdimes.org/parto-y-nacimiento/inducir-el-parto.aspx>

Noticias Cecolfes. 2018. 33 años de la primer bebé probeta de América Latina. Colombia. Recuperado a partir de <http://www.cecolfes.com/es/cecolfes/noticias/33-anos-de-la-primera-bebe-probeta-de-latinoamerica>.

Olivares, E. (2016). La violencia obstétrica es común en México: expertas. Periódico la Jornada. Universidad Nacional Autónoma de México. Recuperado a partir de <http://www.jornada.unam.mx/2016/06/23/sociedad/038n1soc>

Portal Web Nueva EPS. (s.f). Preguntas frecuentes: ¿qué servicios cubre Nueva EPS?. Recuperado a partir de <http://www.nuevaEPS.com.co/PreguntasFrecuentes.aspx>

Quevedo, Paula. (2012). Violencia obstétrica: una manifestación oculta de la desigualdad de género (Tesina de grado). Mendoza, Universidad Nacional de Cuyo. Facultad de Ciencias Políticas y Sociales. Recuperado el 19 de marzo de 2015, a partir de <http://bdigital.uncu.edu.ar/4785>

Redacción el Tiempo. (1988). El Seguro Social. Archivo. Colombia. Recuperado a partir de <http://www.eltiempo.com/archivo/documento/MAM-812461>

Redacción Portafolio. 2015. Si no puede pagar prepagada, acuda a un plan complementario. Archivo. Colombia. Recuperado a partir de <http://www.portafolio.co/mis-finanzas/ahorro/pagar-prepagada-acuda-plan-complementario-38060>

Rengel, C. (2001). La maniobra de Kristeller: revisión de las evidencias científicas. Matronas Prof. Pp. 82-89. FAME (Federación de Asociaciones de Matronas de España). España. Recuperado el 9 de octubre, a partir de <http://www.federacion-matronas.org/revista/matronas-profesion/sumarios/i/16061/173/la-maniobra-de-kristeller-revision-de-las-evidencias-cientificas>

Rocha, A. (2010). Antecedentes históricos de la seguridad social en salud: parte de la construcción de un país sin memoria. Documento de reflexión. Revista CES Odontología Vol. 23 - No. 1. Recuperado a partir de <http://revistas.ces.edu.co/index.php/odontologia/article/view/649/755>

Romero, M; Carrizosa, Á & Jimeno, J. (2014). Las posturas de la mujer de parto en fase de expulsivo: revisión de la evidencia científica y recomendaciones. Medicina Naturista; Vol. 8 N° 1. Recuperado a partir de Dialnet-
[LasPosturasDeLaMujerEnElPartoEnFaseDeExpulsivo-4560683.pdf](#)

Sánchez, F. (1993). Historia de la ginecobstetricia en Colombia. Colombia. GIRO EDITORES LTDA.

Sontag, S. (2011). Contra la interpretación y otros ensayos. DEBOLS! LLO.

Street, S. (2003). Representación y reflexividad en la (auto) etnografía crítica: ¿Voces o diálogos? Recuperado a partir de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=105117890009>

Terán, P; Castellanos, C; González, Mireya & Ramos, D. (2013). Violencia obstétrica: percepción de las usuarias. Revista de Obstetricia y Ginecología de Venezuela, 73(3), 171-180. Recuperado en 30 de abril de 2017, de http://www.scielo.org.ve/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0048-77322013000300004&lng=es&tlng=es.

Tuñón, J (comp) et al. (2008). Enjaular los cuerpos: Normativas decimonónicas y feminidad en México. México: El colegio de México, A.C

Verdile, L. (2015). Callate y puja: Violencia obstétrica. La primera piedra. Derechos Humanos. Argentina. Recuperado a partir de <http://www.laprimera piedra.com.ar/2015/10/callate-y-puja-violencia-obstetrica-2/>

Villanueva, A. (2010). El maltrato en las salas de parto: reflexiones de un gineco-obstetra. Revista CONAMED, vol.15, núm. 3. Recuperado el 19 de marzo de 2015, a partir de <file:///C:/Users/familia/Downloads/Dialnet-ElMaltratoEnLasSalasDeParto-3393251.pdf>

Viñals, V. (2016). Violencia obstétrica: Una deuda del Estado con las mujeres. Diario UdeChile. Recuperado a partir de <http://radio.uchile.cl/2016/06/29/violencia-obstetrica-la-deuda-del-estado-con-los-derechos-de-las-mujeres/>